



# 60+

## Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) Solicitud para personas de la tercera edad (Destinado únicamente a personas y parejas de 60 años o mayores)

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) ayuda a los residentes de bajos ingresos del estado de Minnesota a obtener los alimentos que necesitan para tener una nutrición sana y una dieta balanceada. Los beneficios de SNAP se emiten en una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT, por sus siglas en inglés).

### Cómo llenar una solicitud

**Esta solicitud es para personas solas y para las parejas de 60 años y mayores.** Si hay otras personas menores de 60 años que desean solicitar, utilice el Formulario de Solicitud Combinada (Combined Application Form, DHS-5223). También puede solicitar en línea en [MNbenefits.mn.gov](http://MNbenefits.mn.gov).

**Rellene y entregue esta solicitud lo antes posible:** Para que su solicitud esté completa, responda todas las preguntas en la solicitud. Se requiere una entrevista para SNAP. La agencia de su condado o Nación Tribal se pondrá en contacto con usted para programar una entrevista. Envíe el formulario completado por correo, fax o entréguelo en la oficina de servicios humanos de su condado.

**Es posible que deba presentar comprobantes de la información que proporciona en la solicitud.**

Información requerida
Identidad del solicitante o representante autorizado (licencia de conducir, identificación del estado, pasaporte, etc.)
Números de seguro social de todas las personas que solicitan la asistencia
Ingreso** (talón de pago, pensión, etc.) o cualquier otro dinero que ingrese en su hogar (desempleo, ingresos de un patrocinador, etc.) La agencia verificará los ingresos de seguro social.
Gastos de vivienda*** (recibo de pago de alquiler/vivienda, hipoteca, arrendamiento, vivienda subsidiada, etc.)
Gastos médicos*** (facturas médicas y de medicamentos con receta, etc.)

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

\*\*\* Sus beneficios SNAP pueden aumentar si también proporciona los comprobantes de estos gastos: pago de la manutención de menores que no viven con usted, gastos de vivienda, gastos médicos (incluidas las recetas) para personas con discapacidades, o de 60 años o mayores.

**Recuerde firmar y escribir la fecha en la solicitud.**

# Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) Solicitud para personas de la tercera edad (personas solas y parejas de 60 años y mayores)

**Cómo llenar esta solicitud:**

NÚMERO DE CASO
----------------

Las preguntas sobre la RAZA y la ETNIA son opcionales y no afectarán su admisión ni el nivel de los beneficios. El motivo por el que solicitamos esta información es para garantizar que los beneficios del programa se distribuyen independientemente de la raza, el color o el país natal.

**Esta solicitud es para personas y parejas de 60 años o mayores.** Si hay otras personas menores de 60 años que presentan la solicitud, utilice el "Formulario de solicitud combinada" (DHS-5223). También puede presentar la solicitud en línea en [MNbenefits.mn.gov](http://MNbenefits.mn.gov).

<b>PERSONA 1</b>					
NOMBRE LEGAL DEL SOLICITANTE - APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
OTROS NOMBRES QUE UTILIZA (nombre de soltero(a), apodo, etc.)				NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO <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 una dirección, escriba "sin hogar")		NÚMERO DE APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente de la dirección donde vive)		NÚMERO DE APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA	OTRO NÚMERO DE TELÉFONO	¿Vive en una reservación? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí – ¿en cuál?			
¿Necesita un intérprete? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿Cuál idioma prefiere hablar?		¿En cuál idioma prefiere escribir?	
ÚLTIMO NIVEL DE GRADO ESCOLAR COMPLETADO		TRASLADO RECIENTE A MINNESOTA (mm/dd/aaaa) Fecha: _____ Desde: _____			
CIUDADANÍA <input type="radio"/> Ciudadano o nacional de los Estados Unidos <input type="radio"/> Ciudadano naturalizado de Estados Unidos o ciudadano derivado de Estados Unidos <input type="radio"/> No es ciudadano de Estados Unidos				ESTADO DE INMIGRACIÓN	
ETNIA (opcional) ¿Es 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			
¿Ha recibido alguna persona en su hogar asistencia en efectivo, productos básicos o beneficios de SNAP antes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si responde sí, ¿cuándo? _____ ¿Dónde? _____ ¿Qué? _____					

**¿Necesita ayuda de inmediato? Las preguntas 1 a 4 nos ayudarán a decidir si puede obtener ayuda con alimentos enseguida.**

1. ¿Cuál es el ingreso que su hogar recibió o recibirá **este mes**? \$ \_\_\_\_\_  
 1a. ¿Trabaja por cuenta propia?  Sí  No
2. ¿Cuánto dinero (incluido el de los niños) **en efectivo, cheques o ahorros** hay en su hogar? \$ \_\_\_\_\_
3. ¿Cuánto dinero paga el hogar de **alquiler o hipoteca por mes**? \$ \_\_\_\_\_  
 3a. ¿Qué **servicios públicos** paga?  Calefacción  Aire acondicionado  Electricidad  Teléfono  Ninguno  
 3b. ¿Recibe asistencia para gastos de energía?  Sí  No
4. ¿Es alguna persona de su hogar **un trabajador agrícola migrante o de temporada**?  Sí  No

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

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA	FIRMA DE LA AGENCIA	FECHA DE RECEPCIÓN
<p><b>*Estado civil</b> (elija uno)  <b>N</b> = Nunca casado <b>M</b> = Casado y vive con su cónyuge <b>S</b> = Separado (casado, pero no vive con su cónyuge) <b>L</b> = Separado legalmente  <b>D</b> = Divorciado <b>W</b> = Viudo</p>			
<p><b>** Raza</b> (elija todas las que correspondan)  <b>A</b> = Asiático <b>B</b> = Negro o afroamericano <b>N</b> = indio americano o nativo de Alaska <b>P</b> = indígena de las islas del Pacífico o nativo de Hawaii  <b>W</b> = blanco</p>			

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

- Vivienda propia; arrendamiento, hipoteca o vivienda compartida
- Refugio de emergencia
- Hospital, centro de tratamiento, centro de desintoxicación u hogar de ancianos
- Vivo en un lugar no destinado para vivienda (en cualquier lugar afuera, un vehículo, un edificio abandonado, un autobús, un tren o un aeropuerto)
- Familia/amigos debido a dificultades económicas
- Proveedor de servicios - cuidado tutelar, hogar de residencia en grupo
- Cárcel, prisión o centro de detención juvenil
- Hotel o motel
- Otro: \_\_\_\_\_

**Información sobre mensajes de texto y correos electrónicos**

El Departamento de Servicios Humanos lo invita a recibir comunicaciones electrónicas sobre sus beneficios y recursos que tiene disponibles. Al seleccionar sí, da su consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas y acepta los términos y condiciones, y la política de privacidad del DHS. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes varía. Términos y condiciones en <https://mn.gov/dhs/text-economic-assistance>. Política de privacidad en <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-3979-ENG>.

¿Le parece bien que nos comuniquemos con usted mediante mensajes de texto?

No  Sí – ¿en qué número prefiere recibir los mensajes de texto? \_\_\_\_\_

¿Le parece bien que nos comuniquemos con usted mediante correo electrónico?

No  Sí – dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

## Personas adicionales

Realice una lista de todas las personas que viven en su hogar, incluso si no está realizando una solicitud en nombre de ellas o si las personas no están solicitando asistencia. Las reglas del programa requieren que algunas personas reciban beneficios juntas. Debe proporcionar el número de seguro social **solo** de las personas que están solicitando ayuda. Si alguna persona en el hogar usa otro nombre (nombre de soltera, apodo, etc.), especifique el otro nombre(s) en la casilla OTROS NOMBRES que aparece a continuación. **Realice la lista en este orden:** Su cónyuge, otros adultos, hijos, otras personas, cualquier persona que no se encuentre en el hogar en ese momento. Las preguntas sobre la ETNIA y la RAZA son opcionales y no afectarán su elegibilidad ni el nivel de los beneficios. El motivo por el que solicitamos esta información es para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan independientemente de la raza, el color o el país natal.

<b>Persona 2</b>					
NOMBRE LEGAL - APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
OTROS NOMBRES			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO
SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		PARENTESCO 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 NIVEL DE GRADO ESCOLAR COMPLETADO		TRASLADO RECIENTE A MINNESOTA Fecha (mm/dd/aaaa): _____ Desde: _____			
CIUDADANÍA <input type="radio"/> Ciudadano o nacional de los Estados Unidos <input type="radio"/> Ciudadano naturalizado de Estados Unidos o ciudadano derivado de Estados Unidos <input type="radio"/> No es ciudadano de Estados Unidos					ESTADO DE INMIGRACIÓN
¿QUÉ PROGRAMA(S) ESTÁ SOLICITANDO ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> SNAP (alimentos) <input type="checkbox"/> Ninguno					
ETNIA (opcional) ¿Es 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? Does person have sponsor?		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <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 3</b>			
NOMBRE LEGAL - APELLIDO		NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
OTROS NOMBRES		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	PARENTESCO 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 NIVEL DE GRADO ESCOLAR COMPLETADO	TRASLADO RECIENTE A MINNESOTA Fecha (mm/dd/aaaa): _____ Desde: _____		
CIUDADANÍA <input type="radio"/> Ciudadano o nacional de los Estados Unidos <input type="radio"/> Ciudadano naturalizado de Estados Unidos o ciudadano derivado de Estados Unidos <input type="radio"/> No es ciudadano de Estados Unidos			ESTADO DE INMIGRACIÓN
¿QUÉ PROGRAMA(S) ESTÁ SOLICITANDO ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> SNAP (alimentos) <input type="checkbox"/> Ninguno			
ETNIA (opcional) ¿Es 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		RELATIONSHIP VERIFICATION <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached	IMMIGRATION VERIFICATION <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached
Does person have sponsor? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No			

**Si son más de 3 personas, rellene el formulario DHS-5223S o adjunte una hoja aparte.**

1. ¿Tiene **alguna persona** en el hogar un empleo o espera recibir ingresos de un trabajo este mes o el próximo? **Traiga o envíe comprobantes**  
 Sí  No

Si responde sí:

NOMBRE DEL EMPLEADO	
SALARIO POR HORA	CUÁNTAS HORAS TRABAJA POR SEMANA
NOMBRE DEL EMPLEADOR/DE LA EMPRESA	
NOMBRE DEL EMPLEADO	
SALARIO POR HORA	CUÁNTAS HORAS TRABAJA POR SEMANA
NOMBRE DEL EMPLEADOR/DE LA 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 los programas de trabajo y estudio, y de las pasantías pagas. Incluya los beneficios gratuitos o gastos reducidos que recibe por el trabajo (vivienda, alimentos, ropa, etc.).

2. **¿Alguna persona** en el hogar trabaja por cuenta propia o espera recibir ingresos de un trabajo por cuenta propia este mes o el próximo? **Traiga o envíe comprobantes**

Sí  No

Si responde sí: 

INGRESOS MENSUALES BRUTOS
---------------------------

- Ejemplos:
- Ventas de productos
  - Programa de Reservas para la Conservación (CRP, por sus siglas en inglés)
  - Personal
  - Agricultura
  - Ruta de periódicos
  - Cuidado diurno a domicilio
  - Inquilinos/huésped
  - Alquiler de propiedades
  - Conductor
  - Servicios de reparto
  - Otro

<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	

3. **¿Alguna persona** en el hogar ha solicitado o recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos? **Traiga o envíe comprobantes. \*\*La agencia verificará estos ingresos por usted.**

<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?
Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)**	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Beneficios de 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?
Compensación a trabajadores	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Beneficios de jubilación	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Pagos de tribus	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Manutención de menores o manutención conyugal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Otros ingresos no ganados (fideicomisos, regalos, juegos, etc.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?

4. **¿Tiene su hogar** los siguientes gastos de vivienda? Marque sí o no para cada artículo. **Traiga o envíe comprobantes.**

Alquiler (incluya el alquiler del lote para la casa móvil)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hipoteca/pago del contrato para escritura	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cuotas de asociación	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Seguro del propietario de la casa (si no está incluido en la hipoteca)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Alojamiento y/u hospedaje	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Impuestos sobre la propiedad (si no está incluido 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	

4a. ¿Recibe un subsidio de alquiler (por ejemplo: Sección 8)?  Sí  No

5. **¿Tiene su hogar** los siguientes gastos de servicios públicos **en algún momento del año, incluidos los cambios de estación?** Marque sí o no para cada artículo. **Traiga o envíe comprobantes.**

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	Recolección 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	

5a. ¿Recibió alguna persona en su hogar asistencia energética de más de \$20 en los últimos 12 meses?  Sí  No

6. ¿Tiene **usted o alguien que vive con usted** gastos por el cuidado de un **adulto enfermo o discapacitado** debido a que usted o la otra persona está trabajando, buscando trabajo o asistiendo a la escuela?

Sí  No

AGENCY USE: DCEX

Confirmed response

VERIFICATION:  requested  attached

7. ¿**Alguna persona** en el hogar **paga** una manutención de menores ordenada por el tribunal, manutención conyugal, manutención para el cuidado de menores, manutención médica o tiene un dependiente en sus impuestos que no vive en su hogar?

Sí  No

AGENCY USE: COEX

Confirmed response

VERIFICATION:  requested  attached

8. **Solo para SNAP:** ¿Tiene **alguna persona** en el hogar gastos médicos? Para recibir una deducción médica debe proporcionar el comprobante de todas las facturas médicas incurridas por cualquier persona en su hogar **que tenga una discapacidad o tenga 60 años o más. No** traiga facturas médicas que pague cualquier programa de cuidado de salud, seguro o alguien que no vive con usted.

Sí  No

AGENCY USE: FMED

Confirmed response

VERIFICATION:  requested  attached

9. ¿Algún tribunal o cualquier otro proceso civil o administrativo de Minnesota o de cualquier otro estado ha declarado culpable a alguien de la unidad familiar o se ha inhabilitado a alguien para recibir asistencia pública por infringir alguna de las advertencias de sanción del SNAP que se indican en la página 2 de las instrucciones?

Sí  No

10. ¿Ha sido condenada **alguna persona** de su hogar por hacer declaraciones fraudulentas sobre su lugar de residencia para recibir beneficios de SNAP de más de un estado?

Sí  No

11. ¿Se oculta o se escapa de la ley **alguna persona** de su hogar para evitar un proceso judicial, ser detenido o ir a la cárcel por un delito mayor?

Sí  No

12. ¿Ha sido condenada **alguna persona** de su hogar por un delito mayor relacionado con las drogas en los últimos diez años?

Sí  No

13. ¿Está **alguna persona** de su hogar actualmente violando una condición de la libertad condicional, la libertad probatoria o la libertad supervisada?

Sí  No

## Usted puede autorizar a otra(s) persona(s) para hacer lo siguiente:

- **Completar los formularios y solicitar ayuda a la agencia**
- **Comunicarse con la agencia**
- **Recibir notificaciones e información relacionada a su caso**
- **Recibir sus beneficios de SNAP y comprar alimentos usando su cuenta de transferencia electrónica de beneficios (EBT, por sus siglas en inglés).**

Puede pedirle a más de una persona que lo ayude con lo detallado anteriormente. La persona autorizada puede ser un amigo, pariente, un profesional de su confianza que actúe en su nombre, una persona autorizada por los tribunales, o una persona con su poder legal. Esta(s) persona(s) puede actuar en su nombre hasta que usted notifique a su trabajador que no quiere que esto siga siendo así. Solicite más información a su trabajador sobre los representantes autorizados. **Todas las personas autorizadas deben firmar y escribir la fecha en la última página de esta solicitud.**





PERSONA AUTORIZADA 1			
QUIERO QUE LA PERSONA NOMBRADA HAGA LO SIGUIENTE: <input type="checkbox"/> Complete los formularios <input type="checkbox"/> Reciba las notificaciones <input type="checkbox"/> Reciba y utilice mis beneficios de SNAP <input type="checkbox"/> Debe comunicarse	NOMBRE	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO
	DIRECCIÓN		
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

PERSONA AUTORIZADA 2			
QUIERO QUE LA PERSONA NOMBRADA HAGA LO SIGUIENTE: <input type="checkbox"/> Complete los formularios <input type="checkbox"/> Reciba las notificaciones <input type="checkbox"/> Reciba y utilice mis beneficios de SNAP <input type="checkbox"/> Debe comunicarse	NOMBRE	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO
	DIRECCIÓN		
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

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

### Con mi firma:

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado esta solicitud, y conforme a mi mejor saber y entender, es una declaración correcta y verdadera 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 a pagar una multa no mayor de \$10,000, o a ambas cosas. [Ley de Minnesota, sección 256.984, subdivisión 1]

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

AGENCY USE		
PROVIDED APPLICANT WITH THE FOLLOWING DOCUMENTS: <input type="checkbox"/> Program information for cash, food and child care programs (DHS-2920) <input type="checkbox"/> Notice About Income and Eligibility Verification System and Work Reporting System (DHS-2759) (attached) <input type="checkbox"/> Domestic Violence Information brochure (DHS-3477) <input type="checkbox"/> Do you have a disability? (DHS-4133) <input type="checkbox"/> Notice of Privacy Practices (DHS-3979) (attached) <input type="checkbox"/> How to Use Your Minnesota EBT Card (DHS-3315A) <input type="checkbox"/> Client responsibilities and rights (DHS-4163) (attached) <input type="checkbox"/> Reviewed all pages of application with client <input type="checkbox"/> Appeal Rights (DHS-3353) (attached)		
AGENCY SIGNATURE	INTERVIEW DATE	CASE NUMBER



**Información adicional**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for providing additional information. It occupies the majority of the page's vertical space below the header.