



**OKLAHOMA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES**  
Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma



Fecha: _____
Nombre del caso: _____
Número del caso: _____
Número del condado: _____
Código de la oficina: _____
Número de teléfono: _____
Supervisor/número del trabajador(a): __ __

### Para Renovar mis Beneficios

Su trabajador(a) social usa la información que Ud. relata en esta forma para saber si su hogar todavía puede conseguir con **el Programa Suplementario de la ayuda de Nutrición (SNAP)**, SoonerCare (Medicaid), o la subvención de la guardería infantil beneficiaria. Por favor llene, firme y regrese esta forma a la oficina del Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma (OKDHS) indicada a la parte arriba. Adjunte hojas adicionales si Ud. requiere más espacio para responder a las preguntas. Regrese esta forma antes del (fecha)\_\_\_\_\_ para evitar que se termine sus beneficios al (fecha)\_\_\_\_\_.

Si Ud. requiere ayuda para llenar esta forma, llame a su oficina del OKDHS.

#### 1. Información sobre su dirección, ¿dónde vive?

Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico del hogar	Número telefónico del trabajo		Teléfono móvil
Correo electrónico		Teléfono de mensajes	

Si su domicilio es diferente a su dirección de correo, por favor dénos direcciones para llegar a su hogar; \_\_\_\_\_

## 2. Personas que reciben beneficios ahora.

Nuestros registros muestran que las personas mencionadas abajo forman parte de su caso e indican los beneficios que ellos reciben. Por favor indique sí o no en la última columna si ellos aun viven con Ud.

Nombre e Inicial	Núm	Beneficio	Beneficio	Beneficio	¿Vive con usted esta persona?
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## 3. Díganos sobre las otras personas que viven en su hogar.

Por favor llene la información abajo para cada persona viviendo a su casa y que no aparece en la parte 2. de la forma. Si Ud. quiere recibir beneficios para esa(s) persona(s), debe verificar la parte de Ciudadano de EE.UU. y escribir el número del Seguro Social para cada persona. Su trabajador(a) social se pondrá en contacto con usted.

Nombre completo	Parentesco con Ud.	Fecha de nacimiento	Ciudadano de EE.UU.	Número del Seguro Social
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## 4. Díganos sobre los ingresos totales de su hogar para el mes \_\_\_\_\_.

Los ingresos se refieren a todo el dinero que Ud. y las personas que viven con Ud. reciben cada mes. Los tipos de ingresos incluyen el dinero ganado trabajando para otras personas, su trabajo autónomo o cualquier tipo de ingreso no ganados.

Algunos tipos de ingresos no ganados son el sustento económico para los niños menores, el Seguro Social, Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI), Suplementario del Estado (SSP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Tribal TANF, Beneficios de los Asuntos Veteranos (VA), beneficios del desempleo, pagos del ejército, pensión alimenticia para el cónyuge, dinero del juego, indemnización del trabajador, contribuciones, intereses, dividendo en acciones, pensión, ingresos para la renta, pagos de la crianza temporal o del subsidio de la adopción, ingreso estudiantil e ingreso de derechos minerales o petróleo.

**Si los ingresos han parado, llene la información de abajo.**

Nombre	Tipo de ingresos	Cantidad final	Fecha de la cantidad final

**Si Ud. tiene ingresos, llene la información abajo.**

Nombre de la persona que recibe los ingresos	Cantidad antes de los impuestos	¿Qué tan seguido recibe ingresos?
Tipo de ingresos	Ingresos brutos del trabajo autónomo del año pasado	
Empleador	Número del teléfono del empleador	
Dirección del empleador		
Nombre de la persona que recibe los ingresos	Cantidad antes de los impuestos	¿Qué tan seguido recibe el ingreso?
Tipo de ingresos	Ingresos brutos del trabajo autónomo del año pasado	
Empleador	Número de teléfono del empleador	
Dirección del empleador		
Nombre de la persona que recibe los ingresos	Cantidad antes de los impuestos	¿Qué tan seguido recibe el ingreso?
Tipo de ingresos	Ingresos brutos del trabajo autónomo del año pasado	
Empleador	Número del teléfono del empleador	
Dirección del empleador		

Si alguien de 16 años de edad o mayor es estudiante, por favor llene la información de abajo.

Nombre del estudiante	¿Tiempo completo o parcial?	Nombre de la escuela

### 5. Díganos sobre sus cuentas y gastos.

Por favor llene la información abajo sobre sus cuentas y gastos.

**A. Gastos del cuidado infantil.**

¿Cuánto paga Ud. cada mes por el cuidado infantil? \$ \_\_\_\_\_

¿Está licenciado en Oklahoma su proveedor del cuidado infantil? Sí  No

**B. Gastos por el cuidado de adultos.**

¿Cuánto paga Ud. cada mes para el cuidado de una persona anciana o incapacitada que vive con Ud.? \$ \_\_\_\_\_

**C. Gastos médicos.**

Díganos sobre los gastos médicos no pagados por el seguro médico para todas las personas incapacitadas o que tienen más de 60 años. Estos gastos pueden ser cuentas del médico u hospital, medicamentos, transporte, primas del seguro de la salud, u otros servicios médicos.

Nombre	Tipo de gasto	Gasto mensual
		\$
		\$
		\$

**D. Gastos del sustento económico para los niños menores.**

¿Hay alguien en su hogar que por orden judicial paga el sustento económico para los niños menores? Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor llene la información de abajo.

¿Quién paga?		¿A quién?	¿Cuánto?	¿Qué tan seguido?
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono

**E. Gastos de la vivienda.**

1. ¿Usted recibe ayuda para pagar la vivienda? Sí  No

¿Si contestó sí, quién paga?	¿A quién?	¿Cuánto? \$
------------------------------	-----------	----------------

2. ¿Ud. o alguien que vive con Ud. paga la vivienda? Sí  No

3. ¿Cuánto paga Ud. para la vivienda? \$ \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_  
 Seguro de propietario, si es separado: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
 Impuestos sobre la propiedad, si son separados \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

4. La persona o compañía a la cuál Ud. paga la renta/hipoteca: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es su número de teléfono? (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

5. ¿Ud. espera pagar la misma cantidad para la vivienda en el mes que viene? Sí  No

**F. Gastos en servicios públicos.**

1. ¿Ud. es responsable por los gastos de la calefacción o aire acondicionado?  
 Sí  No

2. ¿Cuáles son los servicios públicos que Ud. paga? Teléfono  Luz   
 Gas/butano/propano  Leña  Basura/Agua   
 Otro  \_\_\_\_\_

## 6. Díganos sobre sus recursos.

Un recurso es cualquier cosa que le pertenece a alguien o que le pertenece junto con una otra persona, o que está siendo comprado y puede ser vendido, intercambiado, o cambiado por dinero en efectivo. No informe sobre la propiedad personal tal como joyería, muebles, electrodomésticos o ropa. Marque los recursos que Ud. tiene:

Cuenta de cheques  Cuenta de ahorros  Acciones/bonos   
 Plan de pensión individual (IRAs)  Derechos minerales  Fondo en fidecomiso   
 Seguro de vida/entierro  Tierra  Ganado   
 Otros:  \_\_\_\_\_

**Informe con respecto a todos los vehículos aquí.** Incluya todos los carros, camiones, barcos, furgonetas, caravanas, motocicletas u otros vehículos que pertenecen a miembros del hogar.

Marca	Modelo	Año	Balance adeudado

## 7. Díganos sobre su seguro médico.

¿Hay alguien que tiene seguro médico o dental? Sí  No

Si respondió que sí, por favor llene lo siguiente. Si requiere más espacio, adjunte hojas adicionales.

¿Quién tiene seguro?	Tipo de seguro	Fecha de efectividad	Nombre de la compañía	
Dirección de la compañía de seguros		Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del asegurado	Número de la póliza		Parentesco al asegurado	

### Exámenes médicos y dentales.

Personas menores de 21 años de edad que tiene SoonerCare (Medicaid) pueden recibir pruebas y exámenes médicos y dentales y tratamientos según el programa (EPSDT) Revisión, Diagnóstico, y Tratamiento Temprano y Periódico. Si Ud. quiere el EPSDT, llame a su proveedor médico para hacer una cita. Por favor indique que no Si Ud. NO QUIERE los servicios del EPSDT.  No

## 8. Díganos sobre su necesidad del cuidado infantil.

¿Cuáles niños necesitan el cuidado infantil?

---



---

Haga una lista de los días y las horas que el cuidado infantil se necesita.

Primer padre/madre/encargado del cuidado Días y horas de la escuela/ trabajo, inclusive tiempo de viaje	Segundo padre/madre/encargado del cuidado Días y horas de la escuela/ trabajo, inclusive tiempo de viaje

¿Quién es su proveedor del cuidado infantil?

Nombre	Dirección	Prefijo	Número telefónico

¿Hay alguien más aparte de usted y el OKDHS que actualmente está pagando dinero directamente a su proveedor del cuidado infantil?      Sí  No

Si contestó sí, indique el nombre y cuánto está pagando él/ella.

\$ \_\_\_\_\_

¿Quién es su persona de contacto en caso de una emergencia?	Teléfono
---	----------

### 9. Verificación necesaria.

Usted **DEBE** entregarnos una **verificación de todos los ingresos** si algún miembro de su hogar:

- recibe beneficios de comida o cuidado infantil
- recibe SoonerCare (Medicaid) y tiene una incapacidad o tiene más de 65 años de edad

Usted **DEBE** entregarnos una **verificación de todos los recursos** si algún miembro del hogar:

- recibe SoonerCare (Medicaid) y tiene una incapacidad o tiene más de 65 años de edad

Si alguien:	Usted tiene que adjuntar:
está trabajando	<ul style="list-style-type: none"> <li>• talones de sueldo de todos los cheques que alguien recibió durante el mes de _____ ; o</li> <li>• declaraciones de parte de los empleadores indicando fechas de pago y ganancias antes de los impuestos para el mes de _____ .</li> </ul>

<b>Si alguien:</b>	<b>Usted tiene que adjuntar:</b>
dejó de trabajar en los últimos cinco meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• el talón final del sueldo y declaración del empleador.</li> </ul>
hace trabajo autónomo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la declaración federal del impuesto sobre los ingresos declaración del año anterior; o</li> <li>• ingreso y registros de gastos si los impuestos no han sido sometidos.</li> </ul>
recibe ingresos no ganados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• una carta de aprobación,</li> <li>• una carta de la persona o agencia que da el ingreso;</li> <li>• un talón o una fotocopia del cheque; o</li> <li>• una orden judicial.</li> </ul>
Terminó de recibir los ingresos no ganados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• una declaración de la persona o agencia que le daba el ingreso demostrando que Ud. Ya no recibe este ingreso.</li> </ul>
mayor de 60 años de edad o incapacitado tiene gastos médicos que el seguro médico no cubre y quiere beneficios de comida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• facturas para medicamentos de receta de los últimos 60 días;</li> <li>• declaraciones de las primas de seguro;</li> <li>• fotocopia de cuentas médicas o hospitalarias; y</li> <li>• documento indicando gastos de transporte</li> </ul>
está pagando el sustento económico para los niños menores por orden judicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• orden judicial si no se nos ha presentado antes, y</li> <li>• prueba de pagos regulares del sustento económico</li> </ul>
tiene recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• documentos de cuentas de cheques y de ahorros u otras declaraciones financieras del mes de _____;</li> <li>• una fotocopia de la póliza de seguro de vida, si no se nos ha presentado antes</li> <li>• una fotocopia de la póliza de entierro, si no se nos ha presentado antes</li> <li>• una fotocopia de las escrituras y título de propiedad, si no se nos ha presentado antes.</li> </ul>
tiene vehículos, barcos, RVs, o campistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prueba de endeudamiento</li> </ul>
recibe el cuidado infantil la subvención beneficia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prueba de su horario actual de trabajo/escuela/ capacitación.</li> </ul>

**La información siguiente se aplica solamente al Programa Suplementario de la ayuda de Nutrición (SNAP):**

**Comprendo que hay penas específicas para actividades fraudulentas, como ocultar información, haciendo las declaraciones falsas o el mal uso de los beneficios del Programa Suplementario de la ayuda de Nutrición. Más penas resultarán para ofensas más graves como utilizar o recibir los beneficios fraudulentamente. Para la mayoría de las situaciones, las penas van a ser pérdidas o la reducción de los beneficios para:**

- un año por la primera ofensa;
- dos años por la segunda ofensa; y
- permanentemente por la tercera ofensa.

La obtención de esta información, inclusive el número del Seguro Social (SSN) de cada miembro del hogar, está autorizada bajo del Acto de Comida y Nutrición de 2008, tal como fue enmendado, sección 201 1-2036, título 7 del Código de Estados Unidos. La información será usada para determinar si su hogar es elegible o continua siendo elegible para participar en el Programa Suplementario de la ayuda de Nutrición (SNAP). El OKDHS verificará esta información por medio de programas de comparación de computadoras. Esta información también será usada para monitorear el cumplimiento con los reglamentos de los programas y para dirección del programa.

- Esta información puede ser disponible para uso en otras agencias federales y estatales para examen oficial, y para los oficiales de policía para el propósito de entregar a las personas que huyen de la ley.
- Si existe un pago en exceso por los beneficios alimenticios, la información en esta solicitud, inclusive todos los Números de Seguro Social, se pueden entregar a las agencias federales y estatales, al igual que los reclamos privados de las agencias de colecta, para la acción de colecta de reclamos.
- Yo entiendo que los beneficios alimenticios son prorratas desde la fecha de la solicitud.
- La entrega de la información pedida, inclusive los números de Seguro Social de cada uno de los miembros del hogar, es voluntaria. Sin embargo, la falta de proporcionar esta información resultará en la negación de los beneficios de comida para mi hogar.

**La información siguiente se aplica al Programa Suplementario de la ayuda de Nutrición (SNAP), SoonerCare (Medicaid), y las programas de Subvención de la Guardería infantil.**

Yo entiendo que la falta de completar y regresar este formulario con las pruebas adjuntadas puede resultar en la terminación de los beneficios. Estoy de acuerdo a proporcionar las pruebas necesarias para establecer la continua elegibilidad.

Mis respuestas en este formulario son verdaderas, correctas y completas según mi leal saber y conocimiento. Yo entiendo mis derechos y responsabilidades y que los avisos de penalización de mi última solicitud siguen siendo pertinentes.

Yo entiendo que el número de Seguro Social de las personas incluidas en este caso se usarán para comparar con la base de datos de los ingresos de otras agencias gubernamentales, tales como la Administración del Seguro Social, Servicios Internos de Ingresos, la Comisión del Seguro de Empleo de Oklahoma, y agentes de bases de datos. La información obtenida se usará para determinar mi elegibilidad para la asistencia.

Certifico bajo pena de perjurio que he informado verídicamente la situación legal de ciudadanía de alguna persona adicional para quien solicito beneficios. Comprendo que debo informar OKDHS si cualquiera persona en mi casa no es en situación legal de inmigración.

Yo entiendo si el OKDHS aprueba a mi hogar para los beneficios y después se determina que mentí sobre la ciudadanía de EE.UU. o el estatus migratorio legal de alguna persona en el hogar, el OKDHS puede iniciar una demanda con el Ministro de Justicia de los EE.UU. (U.S. Attorney) y puedo ser sujeto a una prosecución criminal.

Yo autorizo que se haga pública cualquier información necesaria, documentos, o formularios al OKDHS de parte de individuos, negocios, escuelas, instituciones financieras, agentes de datos, organizaciones públicas o privadas, agencias del estado de Oklahoma inclusive declaraciones de impuestos personales o comerciales de la Comisión de Impuestos de Oklahoma o agencias federales para determinar mi elegibilidad para recibir la asistencia.

---

Firma del cliente, tutor, conservador, o representante autorizado

---

Fecha

Para usar cuando el cliente no puede leer ni escribir o firma con una seña de identificación.

---

Firma del testigo

---

Fecha

**RECUERDE, para que sus beneficios continúen, usted tiene que:**

- responder a cada pregunta pertinente;
- adjuntar todas las pruebas requeridas;
- adjuntar las hojas adicionales que utilizó para responder a las preguntas; y
- firmar el formulario y regresarlo a su oficina del OKDHS antes de o Ud. dejará de recibir los beneficios el día