



Date: _____
Case name: _____
Case number: _____
County number. _____
Supervisor/worker number: __ / __

La traducción de cualquier material en otro idioma que no está en inglés sirve solamente como un conveniente para el público que no lee en inglés. Hemos intentado proveer una traducción exacta del material original en inglés. Sin embargo, es posible que existan pocas diferencias. La versión de esta forma en inglés es la forma oficial y toma precedente sobre cualquier traducción.

Solicitud para Beneficios

Para uso con las Formas 08MP002S y 08MP003S

Lo que necesita hacer para comenzar:

Lea las siguientes descripciones e indique todos los programas para los cuales le gustaría aplicar. Llene esta forma o haga que alguien más le ayude a llenarla por usted.

Programa	Descripción	¿Aplicar?
Programa de Asistencia Suplementaria de Alimentos (SNAP)	Ayuda a pagar por los alimentos. Antes conocido como Cupones para Alimentos o Estampillas para Alimentos.	<input type="checkbox"/>
Subsidio para el Cuidado Infantil	Ayuda a pagar por la guardería para que usted pueda ir a trabajar, estudiar o recibir capacitación.	<input type="checkbox"/>
Seguro (aseguranza) que cubre gastos de cuidado médico - SoonerCare (Medicaid)	Ayuda a pagar los gastos médicos de mujeres embarazadas y familias con niños.	<input type="checkbox"/>
	Ayuda a pagar los gastos médicos de ancianos o personas incapacitadas.	<input type="checkbox"/>
	Ayuda a pagar el costo del cuidado de ancianos, ya sea en sus hogares o en hogares de ancianos.	<input type="checkbox"/>
	Ayuda a pagar las primas de Medicare partes A y B.	<input type="checkbox"/>
	Pago Suplementario del Estado (conocido como SSP por sus siglas en inglés) – proporciona un pequeño pago en efectivo a personas de bajos recursos que son individuos ciegos, tienen 65 años o más o que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (conocido como SSI por sus	<input type="checkbox"/>

Programa	Descripción	¿Aplicar?
	siglas en inglés) o pagos de Incapacidad de Seguro Social.	
	Servicios de Planificación Familiar – ayuda a pagar los servicios de planificación familiar y los anticonceptivos.	<input type="checkbox"/>
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	Ayuda a través de pagos en efectivo y servicios temporales para las familias de bajos recursos que tienen niños.	<input type="checkbox"/>

Cuando usted pide ayuda del OKDHS, tiene el derecho de:

- recibir tratamiento igual sin considerar raza, color, edad, sexo, incapacidad, religión, creencia política u origen nacional; y
- pedir una audiencia justa, oralmente o por escrito, si usted está en desacuerdo con cualquier acción tomada en su caso. Cualquier persona que usted escoja puede representarlo/la en la audiencia.

Lo que tiene que hacer cuando la forma esté completa:

- Firmar la forma y llevarla, enviarla o mandarla por fax a la oficina local del OKDHS.
- Después de entregarnos esta forma, nosotros programaremos su entrevista. Durante su entrevista, le ayudaremos a completar el resto de la solicitud. También le informaremos acerca de cuáles beneficios puede recibir.

Planifique mi entrevista.

Ponga por favor una X en la mesa por los días y tiempos que está disponible para su entrevista:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana					
Tarde					

Lo que necesita traer a la entrevista:

- Comprobante de identidad, tal como una licencia de conducir o carnet estudiantil;
- Número o tarjeta de seguro social para todos los que quieren recibir beneficios;
- Comprobante de ciudadanía para todos los que quieren recibir beneficios;
- Comprobante de estatus migratorio legal para cualquier persona que no es ciudadano estadounidense y que quiere recibir beneficios;
- Comprobante de ingresos de todos los que viven con usted, tal como talones de cheques o cartas de verificación de beneficios gubernamentales, tales como los del Seguro Social o de desempleo;
- Comprobante de todos los recursos, tal como cuentas bancarias, títulos de carros o terreno; y
- Comprobante de su necesidad del cuidado infantil, tal como su horario laboral o escolar, y el nombre de la guardería que quiere usar.

Puede ser que le pidan a usted más información después de la entrevista. Usted tiene el derecho de negarse a proveer cualquier dato o toda la información solicitada. Sin embargo, si no nos da la información solicitada, puede ser que no le podremos ayudar.

¿Cómo le podemos contactar nosotros?

Nombre completo			
Dirección postal, Calle o Apartado Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Domicilio o direcciones para llegar a su casa, si es diferente a su dirección postal			
Número telefónico dónde lo/la pueden encontrar		Correo electrónico	

Díganos sobre todas las personas que viven en su hogar. Comience con el encargado del hogar. Esta persona será quien recibe los pagos. Debe escoger sí o no en la sección para indicar si es ciudadano estadounidense o no para cada persona, y luego proporcionar el número de seguro social para cada persona que quiere recibir beneficios. Si hay más de seis personas en su hogar, favor de adjuntar una hoja de papel con su información.

Persona 1. Nombre del encargado del hogar		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
Nombre en el acta de nacimiento, si es diferente		Estado de nacimiento	Condado de nacimiento
Nombre de su madre, tal como aparece en el acta de nacimiento - Nombre, segundo nombre y apellido de soltera			
Ciudadano/a de EE.UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de registro de extranjero		Número del seguro social
Estado Civil	Hispano o Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación con persona 1 Usted mismo	
Raza – indique todas las que aplican Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americana o de Alaska <input type="checkbox"/>			

Persona 2. Nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
Nombre en el acta de nacimiento, si es diferente		Estado de nacimiento	Condado de nacimiento
Nombre de su madre, tal como aparece en el acta de nacimiento - Nombre, segundo nombre y apellido de soltera			
Ciudadano/a de EE.UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de registro de extranjero		Número del seguro social
Estado Civil	Hispano o Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación con persona 1	Relación con el/la esposo/a de persona 1
Raza – indique todas las que aplican Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americana o de Alaska <input type="checkbox"/>			
Persona 3. Nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
Nombre en el acta de nacimiento, si es diferente		Estado de nacimiento	Condado de nacimiento
Nombre de su madre, tal como aparece en el acta de nacimiento - Nombre, segundo nombre y apellido de soltera			
Ciudadano/a de EE.UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de registro de extranjero		Número del seguro social
Estado Civil	Hispano o Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación con persona 1	Relación con el/la esposo/a de persona 1
Raza – indique todas las que aplican Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americana o de Alaska <input type="checkbox"/>			
Persona 4. Nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
Nombre en el acta de nacimiento, si es diferente		Estado de nacimiento	Condado de nacimiento
Nombre de su madre, tal como aparece en el acta de nacimiento - Nombre, segundo nombre y apellido de soltera			
Ciudadano/a de EE.UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de registro de extranjero		Número del seguro social

Estado Civil	Hispano o Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación con persona 1	Relación con el/la esposo/a de persona 1
Raza – indique todas las que aplican Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americana o de Alaska <input type="checkbox"/>			
Persona 5. Nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
Nombre en el acta de nacimiento, si es diferente		Estado de nacimiento	Condado de nacimiento
Nombre de su madre, tal como aparece en el acta de nacimiento - Nombre, segundo nombre y apellido de soltera			
Ciudadano/a de EE.UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de registro de extranjero		Número del seguro social
Estado Civil	Hispano o Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación con persona 1	Relación con el/la esposo/a de persona 1
Raza – indique todas las que aplican Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americana o de Alaska <input type="checkbox"/>			
Persona 6. Nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
Nombre en el acta de nacimiento, si es diferente		Estado de nacimiento	Condado de nacimiento
Nombre de su madre, tal como aparece en el acta de nacimiento - Nombre, segundo nombre y apellido de soltera			
Ciudadano/a de EE.UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de registro de extranjero		Número del seguro social
Estado Civil	Hispano o Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación con persona 1	Relación con el/la esposo/a de persona 1
Raza – indique todas las que aplican Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americana o de Alaska <input type="checkbox"/>			

Si usted está solicitando para los beneficios de la salud, ¿alguien necesita el cuidado médico hoy?

Sí No Si la respuesta es sí, favor de marcar la(s) razón(es) abajo:

- acaba de salir del hospital;
- necesita medicamento(s);
- está embarazada;
- necesita ver a un doctor;
- otra razón _____

Si usted necesita el cuidado infantil:

¿Corre el riesgo de perder un trabajo porque falta la guardería? Sí No

¿Ha hecho arreglos de pago con el proveedor de guardería hasta que una decisión pueda ser hecha en su aplicación de guardería? Sí No

¿Comienza usted un nuevo trabajo? Sí No Si tiene un nuevo trabajo, escribe la fecha que emepezé : _____

Una vez que haya completado la solicitud y la entrevista, la fecha más temprana que podrá recibir ayuda con el cuidado infantil es la fecha en que usted traiga toda la información necesaria a la oficina local del OKDHS.

Por favor conteste estas preguntas para ver si usted puede recibir los beneficios alimenticios dentro de siete días.

1. ¿ Cuánto dinero consigue or conseguirá usted en este mes del trabajo (la cantidad total antes de los impuestos)? \$ _____
2. ¿ Cuánto otro dinero consigue or conseguirá usted de todas otras fuentes en este mes (la cantidad total)? \$ _____
3. ¿ Cuánto dinero en efectivo tiene usted? \$ _____
4. ¿ Cuánto dinero tiene usted en las cuentas bancarias? \$ _____
5. ¿ Cuánto dinero paga usted de aquiler o la hipoteca? \$ _____
6. ¿ Paga usted la calefacción o la refrigeracion donde vive? Sí No
7. ¿ Está usted un temporero o un itenerante agricultor? Sí No
8. ¿ Hay alguien en su casa que recibe comida de tribu o mercancías? Sí No

Los hogares que tendrán una decisión dentro de siete días con respecto a su solicitud para los beneficios alimenticios son:

- los hogares con menos de \$150 de ingresos mensuales y recursos líquidos de menos de \$100;
- los hogares que pagan renta o hipoteca mensual y/o servicios públicos que cuestan más de los ingresos mensuales y recursos líquidos combinados; y
- los hogares de jornaleros o trabajadores migrantes y temporeros del campo con recursos líquidos de menos de \$100.

Si esto se aplica a su hogar, por favor quedase para una entrevista o conseguir una fecha y el tiempo de una cita.

Lea esta información y firme abajo:

Le doy mi permiso al OKDHS para verificar la información que yo dispuse en esta forma para asegurar su veracidad.

Entiendo que los nombres y números del Seguro Social que proveí se usarán para obtener información de otras agencias estatales y federales.

Le doy permiso al OKDHS para compartir esta información con otras agencias.

Firma

La fecha de hoy

Por favor entregue esta forma a la recepcionista o envíela por fax o correo a la oficina local del OKDHS.

OKDHS use only:

Date form was received: _____ Date screened: _____ Screened by: _____

Is the household eligible for expedited food benefits? Yes No

Interview date: _____ Interviewed by: _____

El proceso OKDHS información: El original es archivado en el registro de caso. Sobre la petición, una copia es dada al cliente.