## Información del solicitante

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre completo:** |  |  |  | **Fecha:** |  |
|  | **Apellido** | **Primero** | **M.I.** |  |  |

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección:** |  | |  | |
|  | **Dirección** | | **Apartamento/Unidad #** | |
|  |  |  | |  |
|  | **Ciudad** | **Estado** | | **Código postal** |

|  |
| --- |
| **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **SSN/ITIN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Primario / Alternativo |

**Estado civil:** \_\_\_Soltero \_\_\_Casado \_\_\_\_Divorciado \_\_\_\_Viudo

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? | SÍ | NO | ¿Tiene Medicare? | SÍ | NO |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Hay alguien en su hogar embarazada? | SÍ | NO | ¿Fecha prevista de parto? |  |
| ¿Hay alguien en el hogar discapacitado? | SÍ | NO | SÍ NO  ¿Alguien fue liberado recientemente de la cárcel? | | | NO | ¿Alguien en el hogar ha sido condenado? |

## Representante Autorizado

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre completo:** |  |  |  |  |
|  | **Apellido** | **Primero** | **M.I.** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección:** |  |  |
|  | **Dirección** | **Apartamento/Unidad #** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** |

|  |
| --- |
| Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación contigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Primario / Alternativo |

**Compruebe lo que desea que haga el representante:**

|  |  |
| --- | --- |
| * Entrevista completa para usted | * Firma tu solicitud |
| * Reciba sus tarjetas médicas | * Recibir avisos |

## Por favor, enumere a todos los miembros de la familia en su hogar: por favor, marque sí si está solicitando a ese miembro:

1. **Sí/No – Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN/ITIN# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

2. **Sí/No – Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN/ITIN# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

3. **Sí/No – Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN/ITIN# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

4. **Sí/No – Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN/ITIN# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

5. **Sí/No – Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN/ITIN# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

6. **Sí/No – Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN/ITIN# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

## ESTATUS MIGRATORIO

**Estado del INS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_ **Número del SIN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de entrada en EE. UU.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País de origen:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **¿Alguien tiene facturas médicas impagas durante los últimos 3 meses y desea solicitar cobertura retro? SÍ / NO**
* **¿Alguien tiene seguro médico privado? Sí / No**
* **¿Alguien tiene seguro médico en otro estado?** **Sí / No**
* **¿Estás Registrada para Votar - Sí / No ¿Le gustaría Registrarse para Votar? - Sí / No**

## RENDIMIENTOS DEL TRABAJO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL EMPLEADOR**  **(incluir dirección y número de teléfono)** | **TASA DE PAGO** | **NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS** | **IMPORTE POR PAGO** | **CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBE** | **SI EL TRABAJO TERMINÓ, FECHA Y MONTO DEL PAGO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE PRESTACIÓN** | **RECIBIR BENEFICIOS** | **IMPORTE** |
| * SEGURIDAD SOCIAL | SÍ / NO | $ |
| * SSI | SÍ / NO | $ |
| * SSDI | SÍ / NO | $ |
| * DESEMPLEO | SÍ / NO | $ |
| * PENSIÓN | SÍ / NO | $ |
| * MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS | SÍ / NO | $ |
| * PENSIÓN ALIMENTICIA | SÍ / NO | $ |
| * PENSIÓN VA | SÍ / NO | $ |
| * ASIGNACIÓN MILITAR | SÍ / NO | $ |
| * DINERO DE LOS INGRESOS POR ALQUILER | SÍ / NO | $ |
| * DINERO DEL CUIDADO DE NIÑOS | SÍ / NO | $ |
| * ANUALIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA | SÍ / NO | $ |
| * COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR | SÍ / NO | $ |
| * IMPORTES A TANTO ALZADO | SÍ / NO | $ |

**¿Alguien te reclama sus impuestos?**  Sí / No Si es así, quién y su relación con usted \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, marque el estado fiscal: -**Jefe de familia -Casado que presenta una declaración conjunta -Casados que presentan una declaración por separado -Impuestos no declarados/declarados -Dependiente de impuestos -Impuestos de declaración única

## SECCIÓN DE FIRMA

Entiendo que, como lo exige la ley de Maryland, ciertas agencias de aplicación de la ley que investigan el fraude pueden obtener información sobre mi solicitud, ingresos, beneficios y otra documentación como parte de su investigación. Si bien el acceso a mi solicitud y la información de beneficios normalmente es limitado (bajo el Artículo de Servicios Humanos § 1-201 del Código de Maryland), estos límites no se aplican a estas agencias de investigación. Tales agencias incluyen la Oficina del Inspector General del Departamento de Servicios Humanos. Entiendo que no necesito dar mi consentimiento a estas agencias para que investiguen cualquier acusación de fraude en mi contra. Cualquier información encontrada como resultado de la investigación puede ser utilizada en mi contra si se procesa una acusación de fraude.

He leído o alguien me ha leído y me ha explicado toda la solicitud. Juro afirmar bajo pena de perjurio, que toda la información que di es verdadera, correcta y completa lo mejor que pueda, creo y conocimiento. Recibí una copia de mis Derechos y Responsabilidades. Autorizo a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que conozca los hechos sobre mi elegibilidad a dar esa información al Departamento. También autorizo al Departamento a contactar a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que haya dado prueba de mi elegibilidad para los beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio, que al firmar mi nombre a continuación, todas las personas para las que estoy solicitando son ciudadanos estadounidenses, inmigrantes admitidos legalmente o individuos en estatus migratorio satisfactorio.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del solicitante |  | Fecha |
| Firma del cónyuge |  | Fecha |
| Firma del representante autorizado |  | Fecha |

* **No deseo solicitar asistencia médica. Retiro mi solicitud.**

**Firma del solicitante/representante autorizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del solicitante/representante autorizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**