



## Section A: Information about Members of Your Household – All Programs

Complete the following for all of the members of your household. If you reside in a nursing facility, facility for the mentally impaired, adult foster care, or continuing care retirement communities, also include information about your spouse who does not live with you.

Section A: Persons 1-5	Head of Household	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
First Name					
Middle Name					
Last Name					
That person's relationship to you	Self				
Check (✓) to apply for the following programs					
Food Stamps					
Medical Assistance					
Temporary Aid to Needy Families (TANF)					
Medicare Savings Program (MSP)					
Social Security Number					
Date of Birth					
Gender					
Are you Hispanic or Latino?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
What is your race? (Select one or more)	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White
Marital status*					
U.S. Citizen	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Texas resident	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Last Name of Child's Father					
First Name of Child's Father					
Child's Father is	<input type="checkbox"/> In Home <input type="checkbox"/> Out of Home <input type="checkbox"/> Deceased	<input type="checkbox"/> In Home <input type="checkbox"/> Out of Home <input type="checkbox"/> Deceased	<input type="checkbox"/> In Home <input type="checkbox"/> Out of Home <input type="checkbox"/> Deceased	<input type="checkbox"/> In Home <input type="checkbox"/> Out of Home <input type="checkbox"/> Deceased	<input type="checkbox"/> In Home <input type="checkbox"/> Out of Home <input type="checkbox"/> Deceased
Child's Father's Social Security Number					
Child's Father's Date of Birth					
Last Name of Child's Mother					
First Name of Child's Mother					
Maiden Name of Child's Mother					
Child's Mother is	<input type="checkbox"/> In Home <input type="checkbox"/> Out of Home <input type="checkbox"/> Deceased	<input type="checkbox"/> In Home <input type="checkbox"/> Out of Home <input type="checkbox"/> Deceased	<input type="checkbox"/> In Home <input type="checkbox"/> Out of Home <input type="checkbox"/> Deceased	<input type="checkbox"/> In Home <input type="checkbox"/> Out of Home <input type="checkbox"/> Deceased	<input type="checkbox"/> In Home <input type="checkbox"/> Out of Home <input type="checkbox"/> Deceased
Child's Mother's Social Security Number					
Child's Mother's Date of Birth					

\* Marital status = Married, Single, Divorced, Separated, Widowed

Applicant Initials:

Applicant SSN:

**Section B: Food Stamps To get Food Stamps most initial applicants MUST report to a HHSC Benefit Office for a Food Stamp interview.**

If any of the reasons below apply to you, you may request a telephone or a face-to-face interview in your home. Check any of the following that apply and, list the phone number where you can be reached: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

- I live more than 30 miles away from the local HHSC Benefit Office.
- I cannot come to the local HHSC Benefit Office because of bad weather.
- My work or training schedule conflicts with the local HHSC Benefit Office hours.
- I (and my household) is (are) elderly or disabled with no earned income.
- I am ill.
- I do not have transportation.
- I am a victim of family violence.
- I must take care of a household member.

**Section C: General Information All Programs**

1. What is the primary language spoken in your household? \_\_\_\_\_
2. We can provide an interpreter at no cost to you. If you need an interpreter indicate the type below:  
 Spanish     Vietnamese     American Sign Language (ASL)     Other \_\_\_\_\_
3.  Yes  No Is anyone in your household disabled?  
 If yes, who: \_\_\_\_\_
4.  Yes  No Does anyone in your household receive TANF, Food Stamps, or Medicaid from another state?  
 If yes, Who: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Month last received: \_\_\_\_\_  
 Who: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Month last received: \_\_\_\_\_
5.  Yes  No Do you have a physical or mental condition that requires special accommodations?  
 If so, what: \_\_\_\_\_
6.  Yes  No Is anyone in your household a member of a federally recognized tribe?  
 If yes, who: \_\_\_\_\_ What tribe: \_\_\_\_\_

7. List the people in your household who fit the following descriptions:

Veteran Name	VA Claim Number	Active Military, National Guard or Reserves	Has a parent, spouse or deceased child who was a veteran

8.  Yes  No Has anyone in your household ever received Supplemental Security Income (SSI)?  
 If yes, who: \_\_\_\_\_
9.  Yes  No If you are in a nursing facility, do you intend to return to your own home or stay in the facility for less than six months?
10.  Yes  No If you are not living in your own home, do you intend to return to your own home?  
 If yes, what is the date you expect to return to that home? \_\_\_\_\_  
 Yes  No If yes, is anyone living in that home while you are not living there?
11.  Yes  No Is anyone in your household a victim of family violence? If yes, who? \_\_\_\_\_

**Food Stamps and TANF Only**

12.  Yes  No Is anyone in your household fleeing from any law enforcement agency on any felony charges, or in violation of probation or parole according to a court?  
 If yes, who: \_\_\_\_\_
13.  Yes  No Has anyone in your household had a felony conviction for conduct occurring on or after August 22, 1996, involving the possession, use, or distribution of a controlled substance?  
 If yes, who: \_\_\_\_\_
14.  Yes  No Is there anyone in your household who is living in a group home, homeless shelter, drug treatment center, shelter for battered women, or other institution? If yes, who: \_\_\_\_\_  
 Type Institution: \_\_\_\_\_ Institution Name: \_\_\_\_\_
15.  Yes  No Are you or anyone in your household disqualified from participating in the TANF or Food Stamp Program in Texas or anywhere else in the United States?  
 If yes, Who? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_  
 Where? \_\_\_\_\_ For how long? \_\_\_\_\_

Applicant Initials:

Applicant SSN:

**Food Stamps Only**

16.  Yes  No Does anyone in your household plan to purchase and prepare food separately from the other members of the household?

If yes, who: \_\_\_\_\_

**TANF Only**

17.  Yes  No Are you applying for One Time Temporary Assistance for Needy Families (OTTANF)? OTTANF provides a one-time lump sum cash payment for families in crisis.

18.  Yes  No Would you like to request a One Time TANF Grandparent Payment? This is a special payment given to a grandparent who meets certain qualifications and cares for a child receiving TANF. A grandparent can only receive this payment once, even though other grandchildren may move into his or her home at a later time. A grandparent cannot receive the payment if another grandparent already received the payment for the same grandchild.

**Section D: Citizenship Status -- All Programs**

**1. Identify Non-US Citizens**

<i>List anyone in your household who is not a United States citizen.</i>					
Name (last, first, middle name)	Date entered the US	From which country?	Registered?	Alien Registration Number	Refugee
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

2.  Yes  No If anyone in your household is a refugee or legally admitted alien, do they have a sponsor?

If yes, provide the name of the sponsor. \_\_\_\_\_

**Section E: Education**

**1. Food Stamps, Medical Assistance, TANF**

<i>List anyone in your household under age 60 who IS in school.</i>					
Name of student (last, first, middle name)	Name of school	Current grade	Type of school *	Part time or full time	Expected graduation date
				<input type="checkbox"/> Part <input type="checkbox"/> Full	
				<input type="checkbox"/> Part <input type="checkbox"/> Full	
				<input type="checkbox"/> Part <input type="checkbox"/> Full	
				<input type="checkbox"/> Part <input type="checkbox"/> Full	
				<input type="checkbox"/> Part <input type="checkbox"/> Full	

\* Grades 1-12, technical / vocational, college

**2. Food Stamps, Medical Assistance, TANF**

<i>List anyone in your household under age 60 who IS NOT in school.</i>			
Name (last, first, middle name)	Highest grade completed	Date last attended	Reason for termination of going to school, such as graduated, dropped out, or moved.

Applicant Initials:

Applicant SSN:

## Section F: Medical Coverage - All Programs

1.  Yes  No Is anyone in your household receiving Medicare?

If yes, who: \_\_\_\_\_ Medicare #: \_\_\_\_\_ Medicare premium paid \$ \_\_\_\_\_

Part A:  Yes  No Part B:  Yes  No Part D:  Yes  No

If yes, who: \_\_\_\_\_ Medicare #: \_\_\_\_\_ Medicare premium paid \$ \_\_\_\_\_

Part A:  Yes  No Part B:  Yes  No Part D:  Yes  No

2.  Yes  No Is a child in your household enrolled in the Department of State Health Services, Children with Special Health Care Needs program?

If yes, who: \_\_\_\_\_ Admission date: \_\_\_\_\_

Name / address of institution: \_\_\_\_\_

3.  Yes  No Does anyone in your household need assistance in one of the following settings?

Nursing Facility  Continuing Care Retirement Communities  State school

ICF/MR (Group facility for persons with mental retardation)  State Hospital

If yes, who:	Name / address of institution:	Admission date:

4.  Yes  No Does anyone in your household currently have medical coverage other than Medicare or Medicaid? If yes, list below.

Name of person with coverage	Name of insurance carrier	Policy number	Premium amount	Coverage begin date	Coverage end date	Type of coverage

5.  Yes  No Does someone pay this premium for anyone listed in the above question?

Name of the person who pays the premium: \_\_\_\_\_

6.  Yes  No Does anyone in your household have any unpaid or reimbursable medical bills for the past three months?

If yes, who: \_\_\_\_\_

## Section G: Resources/Assets

### 1. All Programs

Yes  No Does anyone in your household own or is buying a car, truck, boat, motorcycle or other vehicle? If so, list below.

Name of owner	Year	Make / Model	If jointly owned by someone outside the home, list name	Vehicle registered?	Used to transport a disabled person?	Amount owed	Monthly vehicle payment
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	\$
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	\$
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	\$

Applicant Initials:

Applicant SSN:

**2. All Programs**

Yes  No **Does anyone in your household have assets? If so, list below. Include business assets.**

Assets include, but are not limited to:

- Cash on hand
- Checking/Draft accounts
- Savings/Share accounts
- Cash or items in a safe deposit box
- Certificates of Deposit (CD)
- Money market accounts
- Savings bonds, stocks, mutual funds, or annuities
- Home, mobile home, other real estate
- Life insurance policy
- Pre-need burial contract
- Burial space/plot
- Tools/Equipment, livestock, or crops
- Oil, Gas, Mineral, Surface Rights
- Trust funds
- IRA, KEOGH, 401K, or deferred compensation accounts
- Mortgage, land contract, or other notes payable to anyone in the household
- Life estate
- Patient trust fund
- Tax shelter account
- Holiday club accounts

Asset	Name(s) on account, policy, deed, title (include joint ownership)	Name and address of bank, credit union, savings and loan, insurance company, cemetery, or funeral home.	Account number	Balance amount / value of asset / market value
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

**3. Medical Assistance**

Yes  No If you or your spouse own an annuity, is the state named the remainder beneficiary?

**4. Medical Assistance, Medicare Savings Program, Community Care Only**

Yes  No Has anyone in your household closed any financial investments or bank accounts within the last five years?

**5. All Programs**

Yes  No Has anyone in your household sold, traded, transferred or given away any money or any other property within the last five years?

**Section H: Employment - Food Stamps, Medical Assistance, and TANF Only**

1.  Yes  No Is anyone in your household on strike?

If yes, who: \_\_\_\_\_

2.  Yes  No Has anyone in your household refused to work or voluntarily quit a job within the last 60 days?

If yes, who: \_\_\_\_\_ Why: \_\_\_\_\_

3.  Yes  No Has anyone in your household been employed in the last 12 months?

If yes, who: \_\_\_\_\_ Start Date: \_\_\_\_\_ End Date: \_\_\_\_\_

Applicant Initials:

Applicant SSN:

#### 4. Earned Income - All Programs

Yes  No *Did anyone in your household receive money from work during the last three months? If so, list below. Be sure to include money from training and self employment.*

Name of person working or receiving money	Name/address of employer or source of income	Employer area code and phone number	Gross amount received (before deductions)	*How often paid?	Hours worked	Start date	Last payment date
		( )	\$				
		( )	\$				
		( )	\$				
		( )	\$				

#### Section I: Other Income - All Programs

Yes  No *Does anyone in your household have any other income? If so, list below.*

Unearned income includes, but is not limited to:

- SSI / Social Security (RSDI)
- Child Support received
- Cash / Gifts / Loans
- Veteran's / Railroad retirement
- Unemployment / Workers' compensation
- Interest / Dividends
- Money from oil, gas, mineral rights
- Pensions / Retirement
- Civil service annuity / Military allotment
- Annuities / Payment from private insurance
- Utility Assistance
- Payments from a trust / Royalties
- Payment from promissory note
- Alimony
- Room and board
- Stipends
- Sick benefits
- Reparation payment
- Farm income / Rent received
- Home care for the elderly

Name of person receiving this money (If child support, list child)	Type or source of income	Person, company, or agency paying this money	Social Security / VA claim numbers	Amount received	*How often paid?	Date received
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		

2.  Yes  No Does anyone in your household have income that ended during the last 2 months?

If yes, who: \_\_\_\_\_

3.  Yes  No Does anyone in your household have a pending application for Social Security, SSI, or Unemployment Compensation Benefits?

If yes, •Who: \_\_\_\_\_ Type of Benefit: \_\_\_\_\_

•Who: \_\_\_\_\_ Type of Benefit: \_\_\_\_\_

Applicant Initials: \_\_\_\_\_

Applicant SSN: \_\_\_\_\_

## Section J: Expenses

### 1. All Programs

Yes  No **Does anyone in your household have any dependent care expenses? If so, list below.**

- Child care expenses that anyone in your household pays so that person can work, look for work, go to school, or receive training.
- Court ordered child support payments that anyone in your household pays for a child outside of the home.
- Alimony payments that anyone in your household pays.
- Dependent care for disabled/incapacitated adult that anyone in your household pays.
- Cost of transportation to and from day care that anyone in your household pays.

Type of expense	Who is paying this expense?	Who is obligated to pay this expense?	* Amount and how often paid?	Payment date	Name, address, and phone number of person you pay	For court ordered child support only, name of child for whom support is paid (provide copy of court order)
			\$			
			\$			
			\$			

\* Daily, weekly, every two weeks, semi-monthly, monthly, quarterly, semi-annually, annually, or one time only

### 2. Food Stamps, Medical Assistance, Medicare Savings Program, Community Care

Yes  No **Does anyone in your household have any shelter or utility expenses? If so, list below.** Shelter expenses apply to the home you live in and/or your home you do not currently occupy but you intend to return to.

- Rent
- House payment
- Mandatory home owner fees
- Taxes on home
- Insurance on home
- Natural gas or propane
- Coal/Wood
- Fuel oil or kerosene
- Water/Sewer
- Electricity
- Trash removal
- Phone

Type of expense	Who is obligated to pay this expense?	Monthly/Yearly amount	Paid to who (include name, address, and phone number)?	Do you share expense?	Name of person sharing expense
		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

3.  Yes  No Are any of the utility expenses used for heating or cooling (excluding cooling by fan only)?

4.  Yes  No Does someone provide shelter to anyone in the household at no cost?

### 5. Food Stamps and Medical Assistance Only

Yes  No **Does anyone over age 60 or disabled in your household pay medical expenses? If so, list below.**

Name of person with bill(s)	*How often paid?	Payment amount	Who provided service?	Type of bill (doctor, hospital, prescriptions, etc.)	Date of service
		Total owed			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			

\* Daily, weekly, every two weeks, semi-monthly, monthly, quarterly, semi-annually, annually, or one time only

Applicant Initials:

Applicant SSN:



# STATEMENT OF UNDERSTANDING - Your signature below acknowledges the following:

**Reporting Changes:** I agree to report, within 10 days, all changes that may affect my eligibility.

**Information we have about you:** I understand, with a few exceptions, that I have the right to request and to know about information that the Texas Health and Human Services Commission (HHSC) obtains about me. I understand that upon request, you are entitled to receive and review the information. I also have the right to ask HHSC to correct information that is determined to be incorrect. (Government Code Sections 552.021, 552.023, 559.004).

**By applying for TANF:** Federal law and state law provide that the legal rights to child support and spousal maintenance must be assigned to the State of Texas for all persons receiving cash assistance. I understand that this means that while I receive or anyone on my application receives cash assistance, the State has the right to keep support or spousal maintenance collections, including collections for support or spousal maintenance that was owed before cash assistance was paid. I understand that when I and the persons on my application stop receiving cash assistance that the State may still keep certain collections received for support or spousal maintenance that were owed before and during the time I received Cash Assistance. The child support and spousal maintenance collections will be used to pay back the State for cash assistance paid to me or anyone on my application. I also understand that I have a right to claim Good Cause for non-cooperation with Child Support Enforcement if establishing or enforcing support would bring harm to me or any child in my custody. If I am a victim of family violence and think that collecting child support might endanger me or my children, I may not be required to cooperate with the child support requirement. I may claim Good Cause by telling my HHSC advisor (or designated representative) or Child Support worker the facts justifying Good Cause and signing the Claim of Good Cause at any time I am receiving cash assistance.

I understand that if I intentionally give wrong or misleading information, I could be prosecuted for a state or federal crime, found guilty or receive deferred adjudication, be sentenced to community supervision or up to 10 years in prison, be required to repay benefits, and be permanently disqualified from receiving TANF. I understand that if I commit an intentional program violation I will be disqualified from receiving financial assistance for up to 12 months for the first violation, and permanently for a second violation.

**By applying for Medicaid:** I understand that to the maximum extent allowed by state and federal law, HHSC will keep any medical payments made by other health insurance and any cash medical support collected for me or my child by the Office of the Attorney General (OAG). I understand that the filing of this application and the acceptance of Medicaid benefits results in the automatic assignment to HHSC of any right any recipient has to any third-party recovery. I agree to fully cooperate with HHSC in recovery of these funds.

I agree to authorize each provider of Medicaid services to release any medical or other information about me or my eligible family members in order for providers to be paid by Medicaid.

I understand that by applying for Medicaid for my child, I agree to give information about any parent who is not living with the child. If my child and I receive Medicaid, my case will be referred to the Office of the Attorney General for child support services. If only my child receives Medicaid, I understand that a referral to the OAG for child support services is voluntary. If my case is referred to the Office of the Attorney General, I agree to cooperate in establishing paternity and support for my child.

I acknowledge that if I give wrong or misleading information or let someone else use my Medical Card Identification Form, I could be prosecuted and/or be required to pay back to the State or Federal Government any benefits issued incorrectly.

**By applying for the Food Stamp Program:** I acknowledge that any member of my household who breaks the following rules may not get Food Stamps benefits for one year for the first offense, two years for the second offense, or permanently for the third offense; may be fined up to \$250,000 or jailed up to 20 years, or both; may be barred from the Food Stamp program as ordered by the court; may lose deductions; and may be prosecuted under other state or federal laws:

- Making false or misleading statements, orally or in writing, or hiding information to get benefits the household should not get.
- Using or having in your possession improperly obtained Food Stamp benefits, Lone Star Card(s), or other program access device(s).
- Trading or selling Food Stamp benefits, Lone Star Card(s), or other program access device(s)

**Verification:** I understand that information I provide in connection with this application may be verified by HHSC and other state and federal agencies. My signature below authorizes release of this information and indicates that I agree that this information may be used to determine if the people in my household qualify for benefits.

## Important Information You Should Know Before You Apply:

**Annuities:** You must disclose if you and/or your spouse have an interest in an annuity or similar instrument. If you are determined eligible for Medicaid, the state becomes the remainder beneficiary of the instrument.

**Immigration:** You will be asked to provide information about the citizenship or immigration status for all persons (including yourself) for whom you want assistance. If any of these persons do not want to give us information about his/her citizenship or immigration status, he/she will not be eligible for benefits. Other family or household members may still receive benefits, if they are otherwise eligible. You can apply for and get benefits for eligible household members even if your household includes other members who are not eligible because of immigration status. For example, immigrant parents may apply for benefits for their U.S. citizen or qualified legal immigrant children, even though the parents may not qualify for benefits. You will not have to provide immigration status information or documents for any household members who are not eligible because of immigration status and who are not asking for benefits. If you or members of your household use the Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), or Food Stamps program, it will not affect you or your household members' immigration status. Also, it will not affect you or your household members' ability to get a green card. The exception is if you receive long-term institutional care, such as nursing home care. The use of TANF might create problems with getting a green card, especially if the benefits are your household's only income. Talk to any agency that helps immigrants with legal questions before you apply. Refugees and persons granted asylum can use any benefits, including cash assistance; without hurting their chances of getting a green card or U.S. citizenship.

**Race/Ethnicity and Gender:** You will be asked to provide information about the race/ethnic background and gender of yourself and all persons for whom you want assistance. This information is voluntarily given and is used to make sure that benefits are provided without regard to race, color, gender, or national origin. It will not affect the household's eligibility or benefit amount.

**Health and Hospitalization Information:** According to state law a recipient of Medicaid automatically gives HHSC his or her right to financial recovery from personal health insurance, other recovery sources and money received as a result of personal injuries, to the extent HHSC has paid for medical services. This allows HHSC to recover the costs of medical services paid by the Medicaid program. Any applicant or recipient who knowingly withholds information regarding any sources of payment for medical services violates state law.

**Social Security Numbers:** You will be asked to provide the Social Security numbers for all people, including yourself, for whom you want assistance. If any of these people do not have a Social Security number, we can help you apply for one. Providing or applying for a Social Security number is required as a condition of eligibility for benefits as required by Section 1137 of the Social Security Act. The authority for these requirements is as follows: for food stamp benefits, 7 C.F.R. 273.6; for TANF benefits, 45 C.F.R. 205.52; and for medical assistance benefits, 42 C.F.R. 435.910. We will not share your Social Security number with the Bureau of Citizenship and Immigration Services. You will not have to provide Social Security numbers for any family members who are not eligible because of immigration status and who are not asking for benefits. Social Security numbers are used to verify eligibility, to conduct computer matching with other agencies (such as the Texas Workforce Commission, the Social Security Administration, the Internal Revenue Service and credit reporting agencies) and other matching sources, and to recover benefits you were not entitled to receive. We may share Social Security numbers with phone and electric companies to help them determine if you qualify for a reduction in your bills or with others to help you receive benefits based on need.

**Discrimination:** In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture (USDA) and U.S. Department of Health and Human Services (HHS) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. Under the Food Stamp Act and USDA policy, discrimination is also prohibited on the basis of religion or political beliefs. If you feel you have been discriminated against, you may contact HHSC Civil Rights office by writing Texas Health and Human Services Commission, Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, Austin, TX 78751 or call (888) 388-6332 (voice), (512) 438-2960 (TDD), (877) 432-7232 (TTY), or (512) 438-5885 (fax). You may also file a complaint by contacting USDA or HHS. Write USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (800) 795-3272 (voice) or (202) 720-6382 (TTY) Write HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (202) 619-3257 (TTY). USDA and HHS are equal opportunity providers and employers.

**I certify under penalty of perjury that the information I have provided on this application is true and complete to the best of my knowledge. If it is not, I may be subject to criminal prosecution.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant or Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of person with legal authority to act for applicant (evidence must be provided)

\_\_\_\_\_  
Date

Phone Number of person with legal authority: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of witness, if above is signed with an "X"

\_\_\_\_\_  
Date

Print Name of witness: \_\_\_\_\_

Applicant Initials:

Applicant SSN:



## Sección A: Información sobre los miembros de su hogar – Todos los programas

Llene lo siguiente para todos los miembros de su hogar. Si vive en un centro de enfermería, centro para las personas con impedimentos mentales, cuidado temporal para adultos o comunidad de jubilación de cuidado continuo, incluya además la información sobre su esposo(a) si no vive con usted.

### Sección A: Personas 1-5

	Jefe del hogar	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
Nombre					
Segundo Nombre					
Apellido					
Relación de la persona con usted	Usted				
Marque (✓) para solicitar:					
Estampillas para comida					
Asistencia médica					
Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)					
Programa de ahorros de Medicare (MSP)					
Número de seguro social					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
¿Es usted hispano o latino?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su raza? (Escoja una o más)	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico
Estado civil*					
Ciudadano estadounidense	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Residente de Texas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del padre del niño					
Nombre del padre del niño					
El padre del niño	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció
Núm. de seguro social del padre del niño:					
Fecha de nacimiento del padre del niño:					
Apellido de la madre del niño					
Nombre de la madre del niño					
Nombre de soltera de la madre del niño					
La madre del niño	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció
Núm. de seguro social de la madre del niño:					
Fecha de nacimiento de la madre del niño					

\* Estado civil = Casado(a), Soltero(a), Divorciado(a), Separado(a), Viudo(a)

Nombre del solicitante:

Número de seguro social del solicitante:

**Sección B: Estampillas para comida. Para obtener Estampillas para comida la mayoría de los que solicitan por primera vez TIENEN que reportarse a la Oficina de beneficios de la HHSC para una entrevista de Estampillas para comida.** Si alguna de las siguientes razones le aplica a usted, puede solicitar una entrevista telefónica o una entrevista en persona a domicilio. Marque cualquiera de lo siguiente que aplique y anote el número telefónico al que se le puede llamar: ( ) \_\_\_\_\_.

- Vivo a más de 30 millas de distancia de una oficina de beneficios de HHSC local.
- No puedo ir a la Oficina de beneficios de HHSC local debido a problemas del clima.
- Mi horario de trabajo o entrenamiento choca con el horario de la Oficina de beneficios de HHSC local.
- Soy (y los miembros de mi hogar somos) persona mayor o discapacitado sin ningún ingreso ganado.
- Estoy enfermo.
- No tengo medio de transporte.
- Soy víctima de violencia doméstica.
- Tengo que cuidar a un miembro de mi hogar.

**Sección C: Información general -- Todos los programas**

1. ¿Cuál es el idioma primario que se habla en su hogar? \_\_\_\_\_
2. Podemos proveerle un intérprete sin costo para usted. Si necesita un intérprete, indique de qué tipo abajo:
  - Español
  - Vietnamita
  - Lenguaje de señas americano (ASL)
  - Otro \_\_\_\_\_
3.  Sí  No ¿Algún miembro de su hogar es discapacitado?  
Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_
4.  Sí  No ¿Ha recibido alguien en su hogar TANF, Estampillas para comida o Medicaid en otro estado?  
Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Último mes en que se recibió: \_\_\_\_\_  
¿Quién?: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Último mes en que se recibió: \_\_\_\_\_
5.  Sí  No ¿Tiene alguna condición física o mental que requiera acomodación especial?  
Si es así, ¿cuál?: \_\_\_\_\_
6.  Sí  No ¿Pertenece algún miembro de su hogar a alguna tribu reconocida por el gobierno federal?  
Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ ¿Cuál tribu?: \_\_\_\_\_
7. Indique si algún miembro de su hogar es:

Veterano	Número de reclamación de la Administración de veteranos	Militar activo, miembro de la Guardia Nacional o reservas	Hijo, cónyuge o padre de un hijo fallecido que era veterano

8.  Sí  No ¿Ha recibido alguien en su hogar alguna vez Ingreso de seguro suplementario (SSI)?  
Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_
9.  Sí  No Si está en un centro de enfermería, ¿tiene intenciones de regresar a su propio hogar o se quedará en el centro de enfermería menos de seis meses?
10.  Sí  No Si no está viviendo en su propio hogar, ¿tiene intenciones de regresar a su propio hogar?  
Si contestó sí, ¿cuál es la fecha en que espera regresar a su hogar? \_\_\_\_\_  
 Sí  No Si contestó sí, ¿hay alguna persona viviendo en su casa mientras usted no está allí?
11.  Sí  No ¿Alguna persona en su hogar es víctima de violencia familiar? Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

**Solamente para Estampillas para comida y TANF**

12.  Sí  No ¿Está huyendo algún miembro de su hogar de alguna agencia policiaca por alguna acusación de delito grave, o está violando alguna probatoria o libertad bajo palabra de acuerdo con alguna corte? Si es así, \_\_\_\_\_
13.  Sí  No ¿Algún miembro de su hogar ha sido convicto de un delito grave por conducta ocurrida en o antes del 22 de agosto de 1996 que involucrara la posesión, uso o distribución de una sustancia controlada? Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_
14.  Sí  No ¿Algún miembro de su hogar está viviendo en un hogar de grupo, refugio para personas sin hogar, centro de tratamiento para drogadicción, refugio para mujeres maltratadas o alguna otra institución? Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_  
Tipo de institución: \_\_\_\_\_ Nombre de la institución: \_\_\_\_\_
15.  Sí  No ¿Perdió usted o alguien en su hogar el derecho de participar en el programa de TANF o de estampillas para comida en Texas o en otro lugar de los Estados Unidos?  
¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante:

Número de seguro social del solicitante:

**Estampillas para comida solamente**

16.  Sí  No ¿Tiene planes algún miembro de su hogar de comprar y preparar alimentos separado de los demás miembros del hogar?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_

**TANF solamente**

17.  Sí  No ¿Está solicitando beneficios de Asistencia temporal única para familias necesitadas (OTTANF, por sus siglas en inglés)? OTTANF provee un pago único de dinero en efectivo para familias en crisis.

18.  Sí  No ¿Le gustaría solicitar un Pago único de TANF para abuelos? Esto es un pago especial que se le concede a los abuelos que cumplan con ciertos requisitos y que estén cuidando a un niño que esté recibiendo TANF. Un abuelo solamente puede recibir este pago una vez, aunque los demás nietos pueden mudarse a su hogar en el futuro. Un abuelo no puede recibir el pago si otro abuelo ya ha recibido el pago para el mismo nieto.

**Sección D: Estado de ciudadanía -- Todos los programas****1. Identificación de personas que no son ciudadanas estadounidenses**

<b>Anote a cualquier miembro de su hogar que no sea ciudadano estadounidense.</b>					
Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha en que entró a los EEUU	¿Desde cuál país?	¿Registrado?	Número de registro de extranjero	Refugiado
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2.  Sí  No Si alguna persona en su hogar es refugiado o extranjero debidamente admitido, ¿tienen un patrocinador?

Si es así, provea el nombre del patrocinador. \_\_\_\_\_

**Sección E: Educación****1. Estampillas para comida, Asistencia médica, TANF**

<b>Anote a cualquier miembro de su hogar menor de 60 años de edad que ESTÉ estudiando.</b>					
Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)	Nombre de la escuela	Grado que cursa	Tipo de escuela *	¿A tiempo parcial o completo?	Fecha esperada de graduación
				<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	
				<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	
				<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	
				<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	
				<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	

\* Grados 1-12, técnico/vocacional, universidad

**2. Estampillas para comida, Asistencia médica, TANF**

<b>Anote a cualquier miembro de su hogar menor de 60 años de edad que NO esté estudiando.</b>			
Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)	Grado más alto que completó	Fecha en que asistió por última vez	Razón para no asistir más, tales como graduación, baja o mudanza.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Número de seguro social del solicitante: \_\_\_\_\_

## Sección F: Cobertura médica - Todos los programas

1.  Sí  No ¿Recibe Medicare algún miembro de su hogar?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ # de Medicare: \_\_\_\_\_ Cuota de Medicare: \$ \_\_\_\_\_

Parte A:  Sí  No Parte B:  Sí  No Parte D:  Sí  No

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ # de Medicare: \_\_\_\_\_ Cuota de Medicare: \$ \_\_\_\_\_

Parte A:  Sí  No Parte B:  Sí  No Parte D:  Sí  No

2.  Sí  No ¿Está inscrito algún niño en su hogar al programa del Departamento de Estado para Niños con Necesidades Médicas Especiales?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

Nombre / dirección de la institución: \_\_\_\_\_

3.  Sí  No ¿Necesita asistencia algún miembro de su hogar en alguno de los siguientes lugares?

Centros de enfermería  Comunidades de jubilación de cuidado continuo  Escuela estatal

ICF/MR (Institución grupal para personas con retardo mental)  Hospital estatal

Si es así, ¿quién?:	Nombre / dirección de la institución:	Fecha de admisión:

4.  Sí  No ¿Tiene algún miembro de su hogar cobertura médica que no sea Medicare o Medicaid?

*Si es así, anótelo abajo.*

Nombre de la persona cubierta	Nombre de la compañía aseguradora	Número de póliza	Cantidad de prima	Fecha de inicio de cobertura	Fecha de terminación de cobertura	Tipo de cobertura

5.  Sí  No ¿Paga alguien la cuota para alguna de las personas anotadas en la pregunta anterior?

Nombre de la persona que paga la cuota: \_\_\_\_\_

6.  Sí  No ¿Alguna persona en su hogar tiene facturas médicas de los últimos tres meses que no hayan sido pagadas o reembolsables?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_

## Sección G: Recursos/Bienes

1. Todos los programas

Sí  No ¿Algún miembro de su hogar es dueño o va a comprar un automóvil, camioneta, bote, motocicleta o algún otro vehículo? Si es así, anótelo abajo.

Nombre del dueño	Año	Marca / modelo	Si es dueño junto con alguien fuera del hogar, anote el nombre	¿Está inscrito el vehículo?	¿Se usa para transportar a una persona discapacitada?	Cantidad que debe	Pago mensual del vehículo
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$

Nombre del solicitante:

Número de seguro social del solicitante:

**2. Todos los programas**

Sí  No ¿Tiene activos algún miembro de su hogar? Si es así, anótelos abajo. Incluya los activos de negocio.

Los activos incluyen, pero no se limitan a:

- Dinero a la mano
- Cuentas de cheques y retiros
- Cuentas de ahorros / acciones
- Dinero o artículos en una caja de seguridad bancaria
- Certificados de depósito (CD)
- Cuentas de mercado monetario
- Bonos de ahorro, acciones, fondos mutuos o anualidades
- Casas, casas móviles, otros inmuebles
- Póliza de seguro de vida
- Contrato de pre-necesidad de sepultura
- Espacio/terreno para sepultura
- Herramientas/equipo, animales de cría o cosechas
- Derechos de superficie a petróleo, gas y minerales
- Cuentas IRA, KEOGH, 401K, o de compensación diferida
- Hipoteca, contratos de terrenos o préstamos pagaderos a algún miembro del hogar
- Fondos de fideicomisos
- Propiedad para uso en vida
- Fideicomiso para pacientes
- Cuenta de resguardo de impuestos
- Cuentas de club de vacaciones

Bienes	Nombre(s) en la cuenta, póliza, escritura, título (incluya propiedades mancomunadas)	Nombre y dirección del banco, cooperativa de crédito, sociedad de ahorro y préstamos, compañía de seguros, cementerio o funeraria	Número de cuenta	Balance / valor del activo / valor de mercado
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

**3. Asistencia médica**

Sí  No ¿El estado está nombrado beneficiario restante si usted o su cónyuge son propietarios de una anualidad?

**4. Sólo para Asistencia médica, programa de Ahorro de Medicare y Cuidado Comunitario,**

Sí  No ¿Alguien de su hogar ha cerrado alguna inversión financiera o cuenta bancaria en los últimos cinco años?

**5. Todos los programas**

Sí  No ¿Alguien de su hogar ha vendido, intercambiado, transferido o donado algún dinero o propiedad en los últimos cinco años?

**Sección H: Empleo - Estampillas para comida, Asistencia médica y TANF solamente**

1.  Sí  No ¿Está en huelga algún miembro de su hogar?

Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

2.  Sí  No ¿Se ha negado alguien en su hogar a trabajar o ha renunciado voluntariamente a un empleo en los últimos 60 días?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

3.  Sí  No ¿Ha estado empleado alguien en su hogar en los últimos 12 meses?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de terminación: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Número de seguro social del solicitante: \_\_\_\_\_

#### 4. Ingreso Ganado - Todos los programas

Sí  No ¿Recibió alguien en su hogar dinero por trabajar durante los últimos tres meses? Si es así, anótelo abajo.  
Asegúrese de incluir el dinero por entrenamiento y empleo por cuenta propia.

Nombre de la persona que trabajó o recibió el dinero	Nombre y dirección del empleador o fuente de dinero	Código de área y teléfono del empleador	Cantidad bruta recibida (antes de las deducciones)	Frecuencia de pago	Horas trabajadas	Fecha de comienzo	Última fecha de pago
		( )	\$				
		( )	\$				
		( )	\$				
		( )	\$				

#### Sección I: Otro ingreso - Todos los programas

Sí  No ¿Tiene alguien en su hogar algún otro ingreso? Si es así, anótelo abajo.

Los ingresos no-ganados incluyen, pero no se limitan a

- SSI / Seguro social (RSDI)
- Sustento infantil recibida
- Efectivo / regalos / préstamos
- Retiro de veteranos / ferrocarriles
- Desempleo / compensación a trabajadores
- Intereses / dividendos
- Dinero de petróleo, gas, derechos de minerales
- Pensiones / Retiro
- Anualidad de servicio civil / Adjudicación militar
- Anualidades / pagos de seguros privados
- Asistencia para pagar servicios públicos (agua, electricidad, gas)
- Pagos de un fideicomiso / regalías
- Pagará
- Pensión alimenticia
- Hospedaje
- Remuneración
- Beneficios por enfermedad
- Pago de reparaciones
- Ingreso agrícola / de rentas recibidas
- Cuidado en el hogar para ancianos

Nombre de la persona que recibe este dinero (Si es por el sustento infantil, anote el niño)	Tipo o fuente de ingreso	Persona, compañía o agencia que paga este dinero	Números de reclamo del Seguro Social / Administración de Veteranos	Cantidad recibida	*Frecuencia de pago	Fecha en que se recibe
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		

2.  Sí  No ¿Tuvo alguien en su hogar ingresos que terminaron durante los últimos 2 meses?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_

3.  Sí  No ¿Tiene pendiente alguien en su hogar una solicitud para Seguro Social, SSI o Beneficios de Compensación por Desempleo?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Tipo de beneficio: \_\_\_\_\_

¿Quién?: \_\_\_\_\_ Tipo de beneficio: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante:

Número de seguro social del solicitante:

**Sección J: Gastos**

**1. Todos los programas**

**Sí**  **No** ¿Tiene alguien en su hogar algún gasto por cuidado de dependientes? Si es así, anótelo abajo.

- Gastos por cuidado de niños que alguien en su hogar paga para poder trabajar, buscar trabajo, estudiar o recibir entrenamiento.
- Pagos de sustento infantil ordenados por corte que alguien en su hogar paga para un niño fuera del hogar.
- Pagos de pensión alimenticia que alguien en su hogar paga.
- Cuidado de dependientes para un adulto discapacitado que alguien en su hogar paga.
- Costo que alguien en su hogar paga por transportación al centro de cuidado.

Tipo de gasto	¿Quién paga el gasto?	¿Quién tiene la obligación de pagar el gasto?	*Cantidad y frecuencia de pago	Fecha de pago	Nombre, dirección y teléfono de la persona a quien le paga	Sólo para el sustento infantil ordenada por corte, nombre del niño para quien se paga la sustento (entregue copia de la orden de la corte)
			\$			
			\$			
			\$			

\* Diariamente, semanalmente, cada dos semanas, semi-mensual, mensual, trimestral, semi-anual, anual o una sola vez

**2. Estampillas para comida, Asistencia Médica, Programa de Ahorros de Medicare, Cuidado Comunitario**

**Sí**  **No** ¿Tiene alguien en su casa algún gasto de vivienda o servicios públicos? Si es así, anótelos abajo. Los gastos de vivienda aplican a la casa en la que vive actualmente y/o la casa que no ocupa actualmente pero a la que piensa volver.

- Renta
- Pago de casa
- Cuotas obligatorias para dueños de casas
- Impuestos sobre la casa
- Seguro para la casa
- Gas natural o propano
- Carbón/Madera
- Gasóleo or queroseno
- Agua/alcantarillado
- Electricidad
- Recogido de basura
- Teléfono

Tipo de gasto	¿Quién tiene la obligación de pagar el gasto?	Cantidad mensual/anual	¿A quién se le paga (incluya nombre, dirección y teléfono)?	¿Comparte este gasto?	Nombre de la persona con quien se comparte el gasto
		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		\$		<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.  **Sí**  **No** ¿Se utiliza alguno de los gastos para calefacción o enfriamiento (excluyendo enfriamiento con abanicos solamente)?

4.  **Sí**  **No** ¿Provee vivienda alguien fuera de su hogar para algún miembro de su hogar?

**5. Estampillas para comida y Asistencia médica solamente**

**Sí**  **No** ¿Paga gastos médicos alguien mayor de 60 años o discapacitado en su hogar? Si es así, anótelo abajo.

Nombre de la persona con las cuentas	*Frecuencia de pago	Cantidad de pago Total que se debe	¿Quién brindó el servicio?	Tipo de cuenta (médico, hospital, recetas, etc.)	Fecha del servicio
		\$ _____ \$ _____			
		\$ _____ \$ _____			

\* Diariamente, semanalmente, cada dos semanas, semi-mensual, mensual, trimestral, semi-anual, anual o una sola vez

Nombre del solicitante:

Número de seguro social del solicitante:

## Sección K: Inscripción de votante

El solicitar inscribirse como votante o negarse a inscribirse como votante no afecta la cantidad de asistencia que esta agencia proporciona. Si se niega a inscribirse como votante, esta decisión será confidencial y sólo se usará para propósitos de inscripción de votantes. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse para votar, a rechazar el inscribirse para votar o con su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe, puede presentar una queja con la División de elecciones del secretario de Estado, P.O. Box 12060, Austin, TX 78711.

Si desea ayuda para llenar el formulario de inscripción de votante, le ayudaremos. La decisión de pedir ayuda o aceptarla es suya. Puede llenar el formulario en privado y enviarlo por correo por su cuenta. Si no marca el cuadro abajo, se considerará que ha decidido no inscribirse como votante.

Si no está inscrito como votante donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar hoy para inscribirse como votante?

Sí       No       Ya estoy inscrito

### Ayuda para llenar el formulario

Si alguien le ayudó a llenar este formulario, por favor indique su nombre.	
Nombre: _____	Número telefónico:(_____)_____
Dirección: _____	

### Tutor legal

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    ¿Tiene alguien en su casa un tutor legal? Si es así, proporcione la información de esa persona.	
Nombre de la persona: _____	Nombre de la persona: _____
Nombre del tutor: _____	Nombre del tutor: _____
Dirección del tutor: _____	Dirección del tutor: _____
Número telefónico del tutor: _____	Número telefónico del tutor: _____

### Designación de un representante autorizado (Opcional)

Como solicitante o persona con autoridad legal para actuar en representación del solicitante, autorizo a, _____, (nombre)
_____, y (_____) _____, a representar al solicitante de (dirección) (número telefónico)
beneficios para proporcionar y recibir información relacionada con la solicitud y para tomar cualquier otra acción necesaria para completar el proceso de solicitud (incluyendo cualquier apelación). Si se determina que el solicitante califica, también autorizo a este representante a que continúe representando al solicitante con relación al recibo de beneficios, incluyendo el informe de cambios.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Número de seguro social del solicitante: \_\_\_\_\_

# DECLARACIÓN DE ACUERDO - con su firma abajo usted reconoce lo siguiente:

**Informe de cambios:** Estoy de acuerdo en que reportaré, dentro de 10 días, todos los cambios que pudieran afectar mi elegibilidad.

**Información que tenemos sobre usted:** Entiendo, con ciertas excepciones, que tengo el derecho de solicitar y saber qué información tiene la Texas Health and Human Services Commission (HHSC) sobre mí. Entiendo que cuando lo solicite, tengo el derecho de recibir y revisar la información. También tengo el derecho de pedirle a la HHSC que corrijan la información que se determine como incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023, 559.004 del Código Gubernamental).

**Al solicitar TANF:** Las leyes federales y estatales disponen que los derechos legales para sustento infantil y pensión alimenticia conyugal tienen que asignarse al Estado de Texas para todas las personas que reciban asistencia monetaria. Entiendo que esto significa que mientras alguna persona en mi solicitud o yo recibamos asistencia monetaria, el Estado tiene el derecho de cobrar la sustento o pensión, incluyendo cobros por sustento infantil o pensión alimenticia conyugal que se debía antes de que se pagara la asistencia monetaria.

Entiendo que cuando las personas en mi solicitud y yo dejemos de recibir asistencia monetaria, el Estado todavía podrá quedarse con ciertos cobros recibidos por concepto de sustento o pensión que se debían antes y durante el tiempo en que recibí la asistencia monetaria. Los cobros por sustento infantil se usarán para repagarle al Estado la asistencia que me pagó a mí, o a alguna persona en mi solicitud. También entiendo que tengo el derecho de reclamar una Buena Causa por no cooperar con el Departamento de Cumplimiento de Sustento Infantil si el establecer o hacer cumplir la orden de sustento o pensión resultaría en daños contra mí o algún niño bajo mi custodia. Si soy víctima de violencia doméstica y creo que el cobrar la sustento infantil me pudiera poner a mí o a mis niños en peligro, no se me puede pedir que coopere con los requisitos de sustento infantil y puedo reclamar una Buena Causa al indicarle a mi consejero de la HHSC los hechos que justifican la Buena Causa y al firmar el Reclamo de Buena Causa en cualquier momento en que reciba asistencia monetaria.

Entiendo que si intencionalmente doy información falsa o que se preste a malas interpretaciones, me pueden acusar de un delito estatal o federal, se me puede hallar culpable o puedo recibir un fallo diferido, recibir una sentencia para prestar servicios comunitarios o hasta 10 años en la cárcel, se me puede obligar a repagar los beneficios y se me puede descalificar permanentemente de recibir TANF. Entiendo que si violo intencionalmente el programa, se me descalificará para recibir asistencia financiera hasta por 12 meses por la primera violación y permanentemente por una segunda violación.

**Al solicitar Medicaid:** Yo entiendo que en la medida máxima en que lo permitan las leyes estatales y federales, HHSC tendrá cualquier pago médico que efectúe otro seguro médico y cualquier sustento médico en efectivo que recupere la Oficina del procurador general (OAG, por sus siglas en inglés) en mi nombre o el de mi hijo. Entiendo que el presentar esta solicitud y la aceptación de los beneficios de Medicaid tiene como consecuencia la asignación de derechos automática a HHSC de cualquier derecho que cualquier recipiente tenga a cobros obtenidos de terceros. Estoy de acuerdo en cooperar totalmente con la HHSC para recuperar dichos fondos.

Estoy de acuerdo en autorizar a cada proveedor de servicios de Medicaid a compartir información médica o de cualquier tipo sobre mí o sobre mis familiares con derecho a Medicaid para que los proveedores de Medicaid puedan recibir pagos.

Entiendo que al solicitar Medicaid para mi hijo doy permiso para dar información sobre cualquier padre que no viva con el niño. Si mi hijo y yo recibimos Medicaid, se enviará mi caso a la división de sustento infantil de la Oficina del procurador general. Si solamente mi hijo recibe Medicaid, entiendo que ser referido a la Oficina del procurador general para servicios de sustento infantil es voluntario. Si mi caso se envía a la Oficina del procurador general, estoy de acuerdo en cooperar para establecer la paternidad y sustento de mi hijo.

Reconozco/Acepto/Estoy de acuerdo que si doy información falsa o incorrecta o le permito a otra persona utilizar mi Formulario de identificación de Medicaid, estaré sujeto a una acusación formal y se me puede exigir que le devuelva al gobierno estatal o federal cualquier beneficio que obtenga incorrectamente.

**Al solicitar al programa de Estampillas para comida:** Reconozco que cualquier miembro de mi hogar que no cumpla las siguientes reglas no podrá recibir beneficios de Estampillas para comida durante un año para la primera ofensa, dos años para la segunda ofensa o permanentemente para la tercera ofensa. Se le puede imponer una multa de hasta \$250,000 o encarcelar hasta 20 años, o ambos, se le puede excluir del programa de Estampillas para comida según lo ordene la corte, puede perder deducciones y se le puede acusar bajo otras leyes estatales o federales:

- Hacer declaraciones falsas o que se presten a malas interpretaciones, verbales o por escrito, u ocultar información para obtener beneficios que el hogar no debería recibir.
- Usar o poseer beneficios de Estampillas para comida, Tarjetas Lone Star, así como otros medios de acceso al programa obtenidos de manera inapropiada
- Intercambiar o vender beneficios de Estampillas para comida, Tarjetas Lone Star, así como otros medios de acceso al programa

**Verificación:** Entiendo que la información que proporcione en esta solicitud puede ser verificada por la HHSC y otras agencias estatales y federales. Mi firma abajo autoriza la divulgación de esta información y representa que estoy de acuerdo en que se utilice esta información para verificar si las personas en mi hogar reúnen los requisitos para recibir beneficios.

## Información importante que debe saber antes de solicitar:

**Anualidades:** Usted debe revelar si usted o su cónyuge tiene algún interés en alguna anualidad o instrumento similar. Si determinamos que usted reúne los requisitos para Medicaid, el estado se convertirá en el beneficiario restante del instrumento.

**Inmigración:** A usted se le pedirá que proporcione información sobre su estado de ciudadanía o inmigración para todas las personas (incluyéndole a usted) para las cuales desea asistencia. Si alguna de esas personas no desea darnos información sobre su estado de ciudadanía o inmigración, no calificará para recibir beneficios. Aun así, los demás miembros de la familia o del hogar pueden recibir beneficios si califican. Usted puede solicitar y recibir beneficios para miembros de su hogar que califiquen aun si su hogar incluye miembros que no califiquen por su estado de inmigración. Por ejemplo, los padres inmigrantes pueden solicitar beneficios para sus hijos que sean ciudadanos estadounidenses o hijos inmigrantes calificados aunque sus padres no califiquen para recibir beneficios. No tendrá que proporcionar información del estado de inmigración ni documentos para ningún miembro del hogar que no califique por su estado de inmigración y que no estén solicitando beneficios. Si usted, o los miembros de su hogar usan los programas de Medicaid, Seguro Médico para Niños (CHIP) o Estampillas para comida, esto no afectará su estado de inmigración ni el de los miembros de su hogar. Tampoco afectará su capacidad o la de los miembros de su hogar para recibir una tarjeta verde. La excepción es si recibió cuidado institucional a largo plazo, tal como el cuidado en un hogar de ancianos. El uso de TANF pudiera ocasionar problemas para obtener una tarjeta verde, especialmente si los beneficios representan el único ingreso de su hogar. Antes de solicitar, hable con alguna agencia que ayude a los inmigrantes con sus preguntas legales. Los refugiados y las personas a las que se les otorgue asilo pueden usar cualquier beneficio, incluyendo asistencia monetaria, sin afectar sus posibilidades de obtener una tarjeta verde o la ciudadanía estadounidense.

**Raza / origen étnico y género:** Se le pedirá que proporcione información sobre su raza/trasfondo étnico y género y el de todas las personas para las cuales solicite asistencia. Esta información es voluntaria y se usa para asegurar que se proporcionen los beneficios sin distinción de raza, color, género y origen nacional. Esto no afectará el si el hogar califica ni la cantidad de beneficios.

**Información de salud y hospitalización:** De acuerdo con la ley estatal, un cliente de Medicaid cede automáticamente al HHSC su derecho a cobrarle a un seguro médico personal, a otras fuentes de pago y al dinero recibido como resultado de daños personales, en la medida en que la HHSC haya pagado por servicios médicos. Esto le permite al HHSC recuperar los costos de los servicios médicos que pague el programa de Medicaid. Cualquier solicitante o cliente que oculte información intencionalmente con respecto a cualquier fuente de pago por servicios médicos está violando la ley estatal.

**Números de seguro social:** Se le pedirá que indique los números de seguro social para todas las personas, incluido usted, para quienes solicita asistencia. Si alguna de estas personas no tiene un número de seguro social, podemos ayudarlo a solicitar uno. Se exige que provea o solicite un número de seguro social como condición de derecho para recibir beneficios según lo requiere la Sección 1137 de la Ley del seguro social. La autoridad para estos requisitos es la siguiente: para beneficios de estampillas para comida, 7 C.F.R. 237.6, para beneficios de TANF, 45 C.F.R. 205.52 y para beneficios de asistencia médica, 42 C.F.R. 435.910. No compartiremos su número de seguro social con la Oficina de servicios de ciudadanía e inmigración. No tendrá que indicar el número de seguro social de los familiares que no reúnan los requisitos debido a su situación migratoria y que no estén solicitando beneficios. Los números de seguro social se utilizan para verificar si reúnen los requisitos, para efectuar comparaciones con otras agencias (tales como la Comisión de la fuerza de trabajos de Texas, la Administración de seguro social, el Servicio de impuestos internos y agencias de informe de crédito) y con otras fuentes de comparación, y para recobrar beneficios a los que no tenía derecho. Podemos compartir los números de seguro social con las compañías de electricidad y de teléfono para ayudarles a determinar si tiene derecho para una reducción de sus cuentas o con otros para ayudarle a recibir beneficios basados en sus necesidades.

**Discriminación:** Conforme a las leyes federales y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), así como a las políticas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), esta institución tiene prohibido discriminar por concepto de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Bajo la Ley de Estampillas para comida y la política de la USDA, también se prohíbe la discriminación basada en creencias religiosas o políticas. Si usted siente que han discriminado en su contra, puede comunicarse por escrito con la oficina de Derechos Civiles a: Texas Health and Human Services Commission, Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, Austin, TX 78751 o llame al (888) 388-6332 (voz) o al (512) 438-2960 (TDD) o (512) 458-5885 (fax). También puede someter una querrela al comunicarse con la USDA o el HHS. Escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). Escriba a: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). La USDA y el HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

**Certifico bajo pena de perjurio, que la información que he ofrecido en esta solicitud es cierta y completa a mi mejor conocimiento. Si no lo es, estaré sujeto a una acusación criminal.**

Firma del solicitante o de su representante autorizado

Fecha

Firma de la persona con autoridad legal para actuar en representación del solicitante

Fecha

(se tiene que presentar evidencia)

Número telefónico de la persona con autoridad legal: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Firma del testigo, si arriba se firmó con una "X":

Fecha

Nombre del testigo en letra de molde: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante:

Número de seguro social del solicitante:

## Documents To Send With Your Application

Food Stamps	Temporary Assistance for Needy Families (TANF)	Medical Assistance	Medicaid for the Elderly and People with Disabilities	DOCUMENTS NEEDED TO SHOW PROOF
				Send documents that are check marked under the program(s) for which you are applying. You only need to send documents that apply to your situation. For example, if you are applying for food stamps, but do not have a bank account, we do not need bank statements.
✓	✓	✓	✓	<b>Identity</b> – Valid driver's license or Department of Public Safety ID card. <b>Note:</b> If you have a representative, your representative will need to provide proof of his or her identity, plus proof of your identity.
✓	✓	✓	✓	<b>Social Security</b> – Social Security card/statement from the Social Security Administration for each person.
	✓	✓	✓	<b>Citizenship</b> – U.S. passport, Certificate of Naturalization, U.S. birth certificate, hospital record of birth or Medicare card.
✓	✓	✓	✓	<b>Qualified Alien/Eligible Non-Citizenship Status</b> – Alien registration card, documentation from the Bureau for Citizenship and Immigration Services (formerly INS).
✓	✓	✓	✓	<b>Legal Representative</b> – Power of attorney, guardianship order, court order or similar court documents.
✓	✓	✓	✓	<b>Earnings</b> – Pay stubs, copy of checks, a statement from employer or self-employment records.
✓	✓	✓	✓	<b>Social Security, Pension, Veterans Administration, Supplemental Security Income, Workers' Compensation or Unemployment Benefits</b> – Award letter or pay stubs.
✓	✓	✓	✓	<b>Child Support Obligations</b> – Divorce decree, court order or copy of district clerk record.
✓	✓	✓	✓	<b>Child Support Payment</b> – Copy of district clerk record or letter from parent who pays showing any child support amounts and dates paid, including the person's name, address, telephone number, signature and date.
✓	✓	✓	✓	<b>Loans, Gifts, Contributions</b> – Promissory note, loan agreement, statement from person providing the money that includes the person's name, address, telephone number, signature and date.
✓	✓	✓	✓	<b>Bank Accounts</b> – Current statements for all accounts.
✓	✓	✓	✓	<b>Stocks, Bonds, Trusts, Annuities</b> – Trust agreement, annuity contract, stock certificate, bond instrument or current statements.
✓	✓	✓	✓	<b>Real Estate, Oil, Gas, Mineral Rights</b> – Current tax statements, division orders, deeds or royalty statements.
✓		✓	✓	<b>Medical Expenses</b> – Medical bills, receipts or statements from the provider.
	✓	✓	✓	<b>Insurance Policies</b> – Copies of life, burial and health insurance policies; statements from the insurance provider showing the current value. We may also need your spouse or ex-spouse's job-related health insurance information and policies
✓			✓	<b>Rent/Mortgage</b> – Copies of checks or check stubs, statement from mortgage lender or landlord. Also, if you rent your home, please provide the name, address and telephone number of your landlord.
✓			✓	<b>Utilities</b> – Your most recent utility bills showing your name and current address.
✓		✓		<b>Dependent Care Expenses</b> – Copies of check or check stubs showing when and how often you pay. Include a signed and dated statement from the person you pay showing that person's address and telephone number, as well as when and how often you pay.
✓		✓		<b>Pregnancy</b> – Medical records confirming the pregnancy, or call 2-1-1 and request Form H3037, Report of Pregnancy, or ask for more information about how you can provide proof.
	✓			<b>Birth of Children</b> – Legal birth certificate, hospital certificate or baptismal certificate. We also must have proof that the child lives with you, such as a signed statement from your landlord or a non-relative neighbor that includes his or her name, address and telephone number.
	✓			<b>Child Immunizations</b> – Provide immunization records or proof of immunizations for each TANF child under the age of six. If you believe you are exempt from this requirement because of your religious or conscientious beliefs, call 2-1-1 for the information we will need.

We will contact you if we need more information or if you need to take any action.

**Call 2-1-1 if you have questions.**

## Documentos que necesita enviar con su solicitud

Estampillas para Comida	Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)	Asistencia médica	Medicaid para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas	DOCUMENTOS QUE NECESITA COMO PRUEBAS Envíe los documentos que están marcados bajo el programa para el que está presentando la solicitud. Sólo necesita enviar los documentos pertinentes a su situación. Por ejemplo, si está solicitando estampillas para comida, pero no tiene una cuenta bancaria, no necesitamos estados de cuenta bancaria.
✓	✓	✓	✓	<b>Identidad</b> – licencia para manejar o tarjeta de identificación del Departamento de Seguridad Pública válidas. <b>Nota:</b> si tiene representante, éste tendrá que comprobar su identidad, además de dar pruebas de la identidad de usted.
✓	✓	✓	✓	<b>Seguro Social</b> – tarjeta o declaración de Seguro Social de la Administración de Seguro Social para cada persona.
	✓	✓	✓	<b>Ciudadanía</b> – pasaporte de Estados Unidos, Certificado de Naturalización, acta de nacimiento de Estados Unidos, expediente de nacimiento del hospital o tarjeta de Medicare.
✓	✓	✓	✓	<b>Calidad de extranjero o no ciudadano con elegibilidad</b> – tarjeta de registro de extranjero, documentación de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (antes la INS).
✓	✓	✓	✓	<b>Representante legal</b> – poder, orden de tutela, orden de la corte o documentos de la corte similares.
✓	✓	✓	✓	<b>Ingresos</b> – talones de cheques, copias de cheques, una declaración del empleador o documentos de que trabaja por su cuenta.
✓	✓	✓	✓	<b>Seguro Social, pensión, Administración de Veteranos, Seguridad de Ingreso Suplementario, indemnización laboral o compensación por desempleo</b> – carta de concesión o talones de cheques.
✓	✓	✓	✓	<b>Obligaciones de sustento de niños</b> – sentencia de divorcio, orden de la corte o copia del archivo del secretario distrital.
✓	✓	✓	✓	<b>Pago de sustento de niños</b> – copia del archivo del secretario distrital o una carta del padre que paga mostrando todas las cantidades y fechas en que se hicieron los pagos de sustento de niños, incluyendo el nombre de la persona, dirección, número telefónico, firma y fecha.
✓	✓	✓	✓	<b>Préstamos, regalos, contribuciones</b> – pagaré, contrato de préstamo, declaración de la persona que proporciona el dinero, incluyendo su nombre, dirección, número telefónico, firma y fecha.
✓	✓	✓	✓	<b>Cuentas bancarias</b> – estados de cuenta actuales de todas las cuentas.
✓	✓	✓	✓	<b>Acciones, bonos, fideicomisos, anualidades</b> – acuerdo de fideicomiso, contrato de anualidades, certificado de acciones, instrumento de bono o estados de cuenta actuales.
✓	✓	✓	✓	<b>Bienes inmuebles, petróleo, gas, derechos mineros</b> – declaración de impuestos más reciente, órdenes de división, escrituras o declaraciones de regalías.
✓		✓	✓	<b>Gastos médicos</b> – cuentas médicas, recibos o estados de cuenta del proveedor.
	✓	✓	✓	<b>Pólizas de seguro</b> – copias de pólizas de seguro de vida, entierro y salud; estados de cuenta del proveedor de seguro que muestren el valor actual. También podríamos necesitar la información y pólizas de seguro médico del trabajo de su cónyuge o ex cónyuge.
✓			✓	<b>Renta/hipoteca</b> – copias de cheques o talones de cheques, declaración del prestamista hipotecario o dueño. Además, si renta la casa, favor de proporcionar el nombre, la dirección y número telefónico del dueño.
✓			✓	<b>Servicios públicos</b> – sus cuentas de servicios públicos más recientes que muestren su nombre y dirección actual.
✓		✓		<b>Gastos de cuidado de dependientes</b> – copias de cheques o talones de cheques que muestren cuando y con qué frecuencia paga. Incluya una declaración firmada y fechada de la persona a la que le paga y que muestra la dirección y número telefónico de la persona, al igual que cuando y con qué frecuencia le paga.
✓		✓		<b>Embarazo</b> – expedientes médicos que confirman el embarazo o llame al 2-1-1 y pida la forma H3037, Informe de embarazo, o pida más información sobre como puede proporcionar pruebas.
	✓			<b>Nacimiento de los niños</b> – acta de nacimiento legal, certificado del hospital o fe de bautismo. También necesitaremos pruebas de que el niño vive con usted, tal como una declaración firmada del dueño de la casa o un vecino que no sea su familiar que incluye su nombre, dirección y número telefónico.
	✓			<b>Inmunizaciones para niños</b> – proporcionar expedientes de inmunizaciones o pruebas de inmunizaciones para cada niño menor de seis años que recibe TANF. Si usted cree que está exento de estos requisitos debido a sus creencias religiosas o demás, llame al 2-1-1 para la información que necesitaremos.

Nos comunicaremos con usted si necesitamos más información o si usted necesita tomar alguna acción.

**Llame al 2-1-1 si tiene preguntas.**