



NEW YORK STATE <sup>TM</sup>

# **INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO LLENAR EL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK PARA:**

- **ASISTENCIA PÚBLICA**
- **PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA**
- **MEDICAID Y PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA**
- **MEDICAID Y ASISTENCIA PÚBLICA**

---

**PUB-1313 Statewide SP LP (Rev. 07/23)**

Si es ciego o sufre de impedimentos visuales graves y necesita una solicitud/un formulario de recertificación o este instructivo en otro formato, puede solicitarlo a su distrito de servicios sociales (“distrito”). Los formatos alternativos disponibles son los siguientes:

- Tipografía grande
- Formato de datos (archivo electrónico accesible con lector de pantalla)
- Formato de audio (una transcripción en audio de las instrucciones o las preguntas sobre la solicitud/recertificación).
- Braille, si cree que ninguno de los otros formatos anteriores le será de igual utilidad a usted

Las solicitudes/los formularios de recertificación e instructivos también están disponibles para su descarga en tipografía grande, formato de datos y formato de audio en [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) o [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov). Tenga en cuenta que las solicitudes/los formularios de recertificación están disponibles en formato de audio y

Braille únicamente con fines informativos. Para presentar una recertificación, debe enviar un formulario de recertificación por escrito, en un formato no alternativo.

Si tiene alguna discapacidad que le impida llenar este formulario de recertificación o esperar para ser entrevistado, notifíquesele a su distrito. El distrito hará todo lo posible para ofrecerle facilidades razonables que satisfagan sus necesidades.

Si requiere otro tipo de facilidades o necesita otro tipo de ayuda para llenar este formulario de recertificación, comuníquese con su distrito. Nos comprometemos a darle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa.

Página Original 2

**PUB-1313 Statewide SP LP (Rev. 07/23)**

## **CONSEJOS PARA LLENAR EL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN**

Siempre que vea “Asistencia Pública” o “PA” (por sus siglas en inglés) en el formulario de recertificación, se refiere a “Asistencia para Familias” o “Asistencia Red de Seguridad”. Llamamos a estos dos programas “Asistencia Pública”. La PA y los otros programas para los que puede

presentar una recertificación mediante este formulario de recertificación se crearon para brindar ayuda temporal a quienes la necesitan. Ciertos programas limitan el período durante el cual puede recibir ayuda, así que es importante que alcance la autosuficiencia lo antes posible. El distrito está disponible para ayudarle a alcanzar la autosuficiencia. Y para dicho fin, necesitamos saber quién es usted y qué necesita. Es por eso que debe llenar un formulario de recertificación.

Como parte del proceso de recertificación, el distrito le pedirá que proporcione y compruebe información referente a usted y a las otras personas para las que presenta la recertificación. Una lista de documentos requeridos, que puede encontrar al final de este instructivo, muestra los tipos de información que podría tener que proporcionar y los tipos de documentos con los que puede comprobar dicha información. Por ejemplo, para demostrar quién es, puede presentar una identificación con fotografía, una licencia de conducir, un pasaporte de Estados Unidos, un certificado de naturalización, registros hospitalarios o médicos, o documentos de adopción. Además, el distrito puede entrevistarle como parte del proceso de recertificación. El

distrito puede combinar entrevistas de varios programas siempre que sea posible.

El formulario de recertificación y este instructivo vienen con secciones enumeradas para asistirle mejor. Tenga en mente lo siguiente al llenar el formulario de recertificación:

- **ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE.**
- **NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS.**
- **ASEGÚRESE DE LLENAR TODAS LAS SECCIONES PERTINENTES A LA(S) PERSONA(S) PARA LA(S) QUE PRESENTA LA RECERTIFICACIÓN.**
- **SIEMPRE USE LOS NOMBRES LEGALES, A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO.**
- **SI PRESENTA LA RECERTIFICACIÓN COMO REPRESENTANTE DE OTRA PERSONA, BRINDE LOS DATOS DE ESA PERSONA, NO LOS SUYOS. ASEGÚRESE DE QUE TANTO USTED COMO LA OTRA PERSONA FIRMEN LA ÚLTIMA PÁGINA DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN.**
- **SI NO ESTÁ SEGURO DE CÓMO LLENAR ALGUNA PARTE DE ESTE FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN, PIDA AYUDA A SU DISTRITO.**

Además del formulario LDSS-3174; “Formulario de Recertificación de Ciertos Beneficios y Servicios del Estado de Nueva York”, asegúrese de recibir copias de los siguientes folletos informativos, que puede solicitar al distrito o en [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov):

- **LDSS-4148A: “Libro 1: Lo que debe saber sobre sus derechos y responsabilidades”**
- **LDSS-4148B: “Libro 2: Lo que debe saber sobre los programas de servicios sociales”**
- **Suplemento al Libro 1, LDSS-4148A y al Libro 2, LDSS-4148B: “Cambios importantes al Programa Medicaid”**
- **LDSS-4148C: “Libro 3: Lo que debe saber si tiene una emergencia”**

# **PORTADA DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN**

Si es ciego o sufre de impedimentos visuales graves, puede elegir recibir las notificaciones relacionadas con los programas para los que realice la recertificación en un formato alternativo. Los formatos disponibles son: tipografía grande, CD de datos, CD de audio, y Braille, si cree que ninguno de los otros formatos mencionados será igualmente efectivo para usted.

## **SI ES CIEGO O SUFRE DE IMPEDIMENTOS VISUALES GRAVES, ¿DESEA RECIBIR**

### **LAS NOTIFICACIONES POR ESCRITO EN UN**

**FORMATO ALTERNATIVO?** Si es ciego o sufre de impedimentos visuales graves, marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si desea recibir las notificaciones escritas relacionadas con los programas para los que realice la recertificación en un formato alternativo.

**SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MARQUE EL TIPO DE FORMATO QUE DESEA:** Si es ciego o sufre de

impedimentos visuales graves, y desea recibir las notificaciones escritas relacionadas con los programas para los que realice la recertificación en un formato alternativo, marque (✓) el tipo de formato que prefiere: tipografía grande, CD de datos, CD de audio o Braille. Braille está disponible como un formato alternativo si cree que ninguno de los otros formatos le será tan efectivo para usted como el Braille.

Si requiere otro tipo de facilidades o necesita otro tipo de ayuda para llenar este formulario de recertificación, comuníquese con su distrito.

## **PÁGINA 1 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN**

### ***SECCIÓN 1: MARQUE TODOS LOS PROGRAMAS PARA LOS QUE USTED O UN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR SOLICITA LA RECERTIFICACIÓN***

Marque (✓) la casilla de cada programa para el que usted o algún miembro de su grupo familiar realiza la recertificación.

Medicaid comprende los programas Medicaid, el Programa de Adquisición de Subsidios de Medicaid para Trabajadores con Discapacidades, y Subsidios para Planificación Familiar. Cuando vea “MA” en el formulario de recertificación, significa “Medicaid”, anteriormente conocido como “Asistencia Médica”. Puede recertificar la MA con este formulario de recertificación solamente si también realiza la recertificación para la Asistencia Pública (Public Assistance, PA) o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) al mismo tiempo. Si desea realizar la recertificación de Medicaid y SNAP, marque (✓) la casilla de “Medicaid (MA) y SNAP”. Si desea realizar la recertificación de Medicaid y PA, marque (✓) la casilla de “Medicaid (MA) y PA”.

Si solo desea realizar una recertificación de MA, puede hacerlo en línea en <https://nystateofhealth.ny.gov/> o llamando al 1-855-355-5777, en caso de que desee obtener más información o realizar una recertificación. También puede usar la solicitud impresa solo para MA (el Formulario DOH-4220) que el empleado puede proporcionarle o llamar a la línea de ayuda de MA al 1-800-541-2831. Si solamente desea presentar una recertificación para el Programa de Ahorros de Medicare

(Medicare Savings Program, MSP), debe hacerlo con el Formulario DOH-4328, que el empleado puede proporcionarle. Si necesita servicios de cuidado personal de manera inmediata, debe solicitar MA por separado utilizando el formulario de solicitud de MA, DOH-4220.

## ***SECCIÓN 2***

**¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL?** Marque (✓) la casilla de “inglés”, “español” u “otro” para indicar el idioma que usa con más frecuencia. Si marca (✓) la casilla “Otro”, escriba con letra de molde su idioma preferido.

**DESEA RECIBIR NOTIFICACIONES EN:** Recibirá notificaciones referentes a los programas para los que realice la recertificación. Marque (✓) la casilla “Solo inglés” o la casilla “Inglés y español” para indicar los idiomas en los que desea recibir estas notificaciones

Página Original 4

**PUB-1313 Statewide SP LP (Rev. 07/23)**

## ***SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL DESTINATARIO***

**NOMBRE:** Escriba su nombre: primer nombre, inicial de su segundo nombre y apellido.

**ESTADO CIVIL:** Escriba si es soltero(a), casado(a), viudo(a), legalmente separado(a) o divorciado(a). Si alguna vez estuvo casado(a), escriba el estado civil apropiado, no escriba “soltero(a)”.

**NÚMERO DE TELÉFONO:** Escriba su número de teléfono, si tiene uno.

**¿NÚM. DE CELULAR?** Indique si este número es de un celular marcando (✓) “SÍ” o “NO”.

**DOMICILIO:**

**Dirección:** Escriba el número de la casa o edificio; la calle, avenida, carretera, etc. Donde vive.

**Núm. Apto.:** Escriba el número de su apartamento, de haberlo.

**Ciudad:** Escriba el nombre de la ciudad donde vive.

**Condado:** Escriba el nombre del condado donde vive.

**Estado:** Escriba el nombre del estado donde vive.

**Código postal:** Escriba el código postal de su dirección.

**DIRIGIR CORRESPONDENCIA A:** Si alguien más recibe el correo por usted, escriba el nombre de esa persona.

**DIRECCIÓN POSTAL:** Si recibe su correo en un lugar distinto donde vive, escriba la calle y el número (y número

de apartamento, si lo hay) o el apartado postal, la ciudad, el condado, el estado y el código postal de ese lugar.

**¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE VIVE EN SU DIRECCIÓN ACTUAL?:** Escriba el número de años o meses que ha vivido en su dirección actual.

**¿ES UN ALBERGUE?:** Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si el lugar donde vive es un refugio.

**OTRO TELÉFONO EN EL QUE SE LE PUEDA LOCALIZAR:** Escriba otro número de teléfono donde pueda ser localizado, si tiene uno.

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL):** Escriba su dirección de correo electrónico para autorizar al distrito a comunicarse con usted por correo electrónico. **No es necesario proporcionar una dirección de correo electrónico para presentar la solicitud.**

**INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU DIRECCIÓN ACTUAL:** Escriba las indicaciones para encontrar su domicilio. Use puntos de referencia conocidos.

**DIRECCIÓN ANTERIOR:** Escriba la dirección donde vivía antes de mudarse a su dirección actual.

**SI ACTUALMENTE NO TIENE HOGAR, MARQUE AQUÍ:**

Si no tiene un lugar donde vivir o no cuenta con un domicilio, marque (✓) esta casilla.

**AGENCIA QUE AYUDA AL SOLICITANTE/PERSONA DE CONTACTO:** Si alguien le está ayudando a presentar la recertificación, escriba el nombre de esa persona, su agencia (si corresponde) y el número de teléfono de la persona.

**¿NECESITA QUE LA PARTE REFERENTE A MEDICAID DE ESTE FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN Y LA POTENCIAL RECEPCIÓN DE ALGUNA COBERTURA DE MEDICAID SE MANTENGAN CONFIDENCIALES?:**

Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar en el formulario de recertificación o informar al empleado si necesita que su recertificación o su correspondencia relacionada con la recepción de cualquier cobertura de Medicaid se mantengan confidenciales.

**INDIQUE LOS ASPECTOS QUE HAN CAMBIADO DESDE SU SOLICITUD O ÚLTIMA RECERTIFICACIÓN:** Indique cualquier cambio que se haya producido desde su última solicitud o recertificación, como un cambio de domicilio, un nuevo bebé, un cambio en los ingresos, la pérdida de un empleo, etc.

## ***SECCIÓN 4: SI REALIZA UNA RECERTIFICACIÓN DE SNAP***

Lea la declaración en la Sección 4 de la recertificación, firme y escriba la fecha debajo de la declaración si dicha información le es pertinente a usted o a alguien para quien realiza la recertificación. Comuníquese con el distrito si tiene alguna pregunta sobre esta sección.

## ***SECCIÓN 5: ¿ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES APLICA A SU CASO EN PARTICULAR?***

Marque (✓) para cada situación que aplique a su caso o al de la persona para la cual realiza la recertificación.

# PÁGINA 2 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

## ***SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR***

**NOMBRE:** Escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido de todas las personas que viven con usted, *aunque no realicen la recertificación*. Escriba sus datos en el primer renglón.

### **ESTA PERSONA PRESENTA UNA RECERTIFICACIÓN**

**PARA:** Marque (✓) los tipos de asistencia para los cuales cada persona presenta una recertificación: PA para Asistencia Pública, SNAP para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, MA para Medicaid.

**FECHA DE NACIMIENTO:** Escriba la fecha de nacimiento de cada persona *que realiza la recertificación*.

**SEXO E IDENTIDAD DE GÉNERO:** El Estado de Nueva York le garantiza su derecho a tener acceso a subsidios o servicios estatales independientemente de su sexo, identidad de género o expresión de género. Debe informar su sexo y el sexo de todos los miembros del grupo familiar como masculino, femenino o "X". Indique "M" para

masculino, “F” para femenino, o “X” para no binario u otra identidad de género. Para procesar su solicitud, es necesario que informe el sexo. No aparecerá en ninguna tarjeta de beneficios que pueda recibir ni en ningún otro documento público.

La identidad de género es cómo se percibe a sí mismo y cómo se llama a sí mismo. Su identidad de género puede ser igual o diferente al sexo o género que se le asignó al nacer. La identidad de género no es necesaria para esta solicitud. Si su identidad de género o la identidad de género de cualquier persona en su hogar son diferentes del sexo que informa y usted desea proporcionar la identidad de género de esa persona, escriba con letra de molde “Male” (“Hombre”), “Female” (“Mujer”), “Non-Binary” (“No binario”), “X” (“X”), “Transgender” (“Transgénero”) o “Different Identity” (“Identidad diferente”) en el espacio proporcionado. Si escribe “Identidad diferente”, puede describir la identidad de esa persona en el espacio proporcionado. Proporcionar esta información es voluntario. Ello no afectará la elegibilidad de la(s) persona(s) que hacen la solicitud ni el nivel de subsidios recibidos.

**PARENTESCO CON USTED:** Para cada persona, escriba el parentesco con usted (por ejemplo, cónyuge, hijo, hijo

de cuidado de crianza, amigo, compañero de casa, huésped, etc.).

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR QUE PRESENTAN LA**

**RECERTIFICACIÓN**: Escriba el número de seguro social de cada persona que presenta una recertificación, a *menos que esa persona sea una mujer embarazada que presente una recertificación solo para Medicaid.*

**MÁXIMO GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO:**

Escriba el grado escolar más alto alcanzado (del 1 al 12) para cada persona *que presenta la recertificación*. Si cursó más de 12 años, escriba 13.

**¿ESTA PERSONA (INCLUSIVE LOS HIJOS MENORES DE EDAD) COMPRA ALIMENTOS O PREPARA COMIDAS CON USTED?:**

Es importante que marque (✓) “SÍ” o “NO” en esta pregunta para cada persona que vive con usted, ya sea que presente una recertificación o no. A veces, la persona que compra y prepara las comidas por separado puede obtener más subsidios de SNAP.

**ESCRIBA LOS APELLIDOS DE SOLTERA Y OTROS NOMBRES POR LOS CUALES USTED O LOS MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR HAN SIDO**

**CONOCIDOS:** Escriba todos los apellidos de soltera, los nombres de matrimonios anteriores, y otros nombres utilizados por las personas enumeradas en esta sección. Incluya el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido.

***SECCIÓN 7: CAMBIO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR***

Llene esta sección si alguien se ha sumado a su grupo familiar o lo ha abandonado en el último año.

**PÁGINA 3 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN**

***SECCIÓN 8: RAZA/ORIGEN ÉTNICO:***

El proporcionar estos datos se hace de manera voluntaria. El hacerlo no afecta la elegibilidad de los solicitantes, ni el nivel de subsidios que reciban. Estos datos se solicitan

con el fin de garantizar que los subsidios se distribuyan sin importar la raza, el color o la nacionalidad. Llene esta sección para cada persona que realice una recertificación. Escriba “Y” para “SÍ” en la columna marcada con la “H” para indicar que la persona es hispana o latina. Escriba “Y” para “SÍ” en la(s) columna(s) de la razas correspondientes para indicar la raza de cada persona:

- H = Hispano o latino
- I = Indígena norteamericano o nativo de Alaska
- A = Asiático
- B = Raza negra o afroamericano
- P = Indígena hawaiano o nativo de la Polinesia
- W = Blanco
- U = Desconocido

Proporcionar esta información es voluntario. No afectará la elegibilidad de la(s) persona(s) que realice(n) la recertificación ni el nivel de beneficios que recibirá(n). Se solicita esta información para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color o nacionalidad.

# PÁGINA 4 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

## ***SECCIÓN 9: CIUDADANO/NO CIUDADANO CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA***

Si usted o un miembro de su grupo familiar realiza una recertificación del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), deben enumerar a *todos* los miembros del grupo familiar, incluso si no realizan una recertificación del SNAP. También debe incluir a todos los hermanos y padres que viven con los menores que presentan una recertificación de Asistencia Pública (PA). Si no llena esta sección con los datos de una persona que realiza la recertificación, esa persona podría no recibir asistencia.

**NOMBRE:** Escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre (MI) y el apellido de cada persona que realiza la recertificación o que deba incluirse en la lista.

**MARQUE “CIUDADANO/NACIONAL” O “NO CIUDADANO” PARA CADA PERSONA:** Al lado del nombre de cada persona, marque (✓) ya sea la casilla

“CIUDADANO/NACIONAL” para indicar que la persona es ciudadano estadounidense, indígena norteamericano o nacional, o la casilla “NO CIUDADANO” para indicar que la persona *no* es ciudadano estadounidense, indígena norteamericano, ni nacional.

**NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO:**

Escriba el número del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) o el número de no ciudadano, si tiene uno.

Página Original 7

---

**PUB-1313 Statewide SP LP (Rev. 07/23)**

***SECCIÓN 10: CERTIFICACIÓN***

Lea cuidadosamente la declaración en la parte inferior de esta sección, luego firme y escriba la fecha en la certificación, afirmando la condición de ciudadano o no ciudadano con situación migratoria satisfactoria de cada persona *que presenta una recertificación* de asistencia de los siguientes programas. Si alguna de las personas que realiza la recertificación no es ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano o nacional, marque (✓)

los programas para los que esa persona realiza la recertificación siendo no ciudadano con situación migratoria satisfactoria:

- Asistencia Pública (PA);
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP); y/o
- Medicaid (MA).

“No ciudadano con situación migratoria satisfactoria” significa que la persona no es ciudadano estadounidense pero que su situación no lo inhabilita para recibir subsidios de un programa determinado. Recuerde que los diferentes programas tienen diferentes requisitos para la situación de no ciudadano. LDSS-4148B, “Libro 2: Lo que debe saber sobre los programas de servicios sociales” y el folleto del LDSS-4148B, “Lo que debe saber sobre los programas de servicios sociales (LDSS-4148B.1)”, contienen más información sobre las situaciones satisfactorias de los no ciudadanos. También puede comunicarse con su distrito para obtener más información.

Todo miembro adulto del grupo familiar o un representante autorizado pueden firmar la certificación en nombre de todos los miembros del grupo familiar que

realizan la recertificación. Por ejemplo, un padre que *no tenga* ciudadanía ni una situación migratoria satisfactoria puede firmar la certificación en nombre de su hijo(a) *que sí tiene* la ciudadanía o una situación migratoria satisfactoria. Si un miembro del grupo familiar que realiza la recertificación tiene menos de 18 años (o si tiene 18 años o más, pero no puede firmar debido a un impedimento médico o una discapacidad), un miembro del grupo familiar que tenga 18 años o más debe firmar por esa persona.

Al firmar en nombre de otro miembro del hogar, firme con su propio nombre. Por ejemplo, Mary Doe, al firmar por el bebé Johnny Doe, debe firmar “Mary Doe”.

**Al marcar una casilla y firmar la certificación, indica que usted certifica, bajo pena de perjurio, que usted o la(s) persona(s) por la(s) que firma son ciudadanos estadounidenses, indígenas estadounidenses, nacionales o no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria, para cada programa para el que usted/ellos presentan una recertificación. Si no marca una de las casillas ni proporciona un número del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) de un no ciudadano que realiza la**

**recertificación, esa persona no podrá recibir asistencia.**

**No debe firmar la certificación en su nombre ni en el de ninguna otra persona que no sea ciudadano, indígena estadounidense o nacional de EE. UU., o que no tenga la condición de no ciudadano con situación migratoria satisfactoria. Los no ciudadanos sin una situación migratoria satisfactoria no tienen derecho a la PA, a los subsidios de SNAP ni a Medicaid (excepto Medicaid para el tratamiento de una afección médica de emergencia). Tampoco reúnen los requisitos para ciertos Servicios (como servicios de prevención/protección de niños o adultos).**

**Podremos confirmar la situación de no ciudadano de todos los miembros del grupo familiar que presenten una recertificación de PA, subsidios de SNAP o Medicaid, enviando la información que nos proporcione al USCIS. La información que se reciba de USCIS puede afectar la elegibilidad y el nivel de subsidios de su grupo familiar.**

## **PÁGINA 5 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN**

### ***SECCIÓN 11: INFORMACIÓN SOBRE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE EJECUCIÓN DE SUSTENTO DE MENORES***

No tiene que llenar esta sección si solo presenta una recertificación de Medicaid y está embarazada, si dio a luz en los últimos 60 días o si realiza una recertificación solamente para menores de 21 años.

1. Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si presenta una recertificación para una persona (*incluido usted mismo*) que sea menor de 21 años, que haya nacido fuera del matrimonio o para quien la filiación no ha sido establecida.
2. Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si realiza una recertificación para una persona (*incluido usted mismo*) que sea menor de 21 años y que al menos uno de los padres de esa persona vive fuera del hogar.

Si marcó (✓) “No” a esas dos preguntas, vaya a la Sección 12. No tiene que llenar el resto de la Sección 11. Si marcó (✓) “Sí” para una o ambas preguntas, debe llenar el resto de la Sección 11.

3. Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted es menor de 21 años.

**NOMBRE DE LA PERSONA MENOR DE 21 AÑOS:**

Escriba el primer nombre, el segundo nombre y el apellido de cada persona para la que marcó “Sí” en la pregunta 1, 2 o 3.

**NOMBRE, DIRECCIÓN, FECHA DE NACIMIENTO Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE SIN**

**CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO:** Si lo sabe, escriba en letra de molde el primer y segundo nombre, y el apellido, la dirección, la fecha de nacimiento, y el número de seguro social del padre sin custodia, putativo o intencionado de cada persona para la que marcó (✓) “Sí” en las preguntas 1, 2, o 3. El “padre sin custodia” es el padre genético/biológico, padre legal, padrastro o padre adoptivo de un niño cuando se informa que dicho padre está ausente del hogar del niño. Con respecto a un niño en cuidado de crianza, un padre sin custodia o “padre ausente” también se refiere a un padre genético/biológico,

padre legal, padrastro o padre adoptivo de un niño que estaba presente en el hogar del niño cuando este ingresó al cuidado de crianza. El “padre putativo” es una persona que puede ser el padre genético/biológico del niño, pero que aún no ha sido declarado legalmente como padre. El “padre intencionado” es la persona que pretende vincularse legalmente como progenitor del menor resultante de un procedimiento de reproducción asistida. El padre intencionado podría estar casado con el padre biológico.

## **PÁGINA 6 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN**

### ***SECCIÓN 12: SITUACIÓN DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS/DEPENDIENTES***

Escriba la siguiente información para cada persona que vive en el hogar:

**PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO:** Escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido de cada persona que vive en el hogar.

**SITUACIÓN FISCAL:** Marque (✓) la situación tributaria correspondiente de cada persona que vive en el hogar.

Incluya en la lista a todos los dependientes tributarios que no vivan con usted y que usted o un miembro de su grupo familiar lo declare en la planilla de impuestos. Si no declara impuestos, puede omitir estas preguntas.

**NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO:** Escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido de cada persona que no vive con usted, pero que usted o cualquier persona que vive con usted la declara como dependiente en la planilla de impuestos.

Página Original 9

**PUB-1313 Statewide SP LP (Rev. 07/23)**

**NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:** Para cada dependiente tributario, escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido de la persona que vive en el hogar y que incluye al dependiente tributario en su declaración.

## ***SECCIÓN 13: INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE AUSENTE/FALLECIDO***

### **NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZA LA**

**RECERTIFICACIÓN:** Escriba el nombre de todas las personas que realizan la recertificación y que estén o hayan estado casadas, pero cuyo cónyuge no vive con ellas o ha fallecido.

**NOMBRE DEL CÓNYUGE:** Escriba el nombre del cónyuge de todas las personas que realizan la recertificación y que estén o hayan estado casadas, pero cuyo cónyuge no vive con ellas o ha fallecido.

### **FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE Y FECHA DE FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE, SI CORRESPONDE:**

Escriba el mes, día y año de nacimiento y de muerte (si corresponde) del cónyuge de todas las personas que realizan la recertificación y que estén o hayan estado casadas, pero cuyo cónyuge no vive con ellas o ha fallecido.

### **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE:**

Escriba el número de seguro social del cónyuge de todas las personas que realizan la recertificación y que estén o hayan estado casadas, pero cuyo cónyuge no vive con ellas o ha fallecido.

### **DIRECCIÓN DEL CÓNYUGE, SI CORRESPONDE:**

Escriba la calle y el número, la ciudad, el condado, el estado y el código postal del cónyuge de todas las personas casadas que realizan la recertificación, pero cuyo cónyuge no vive con ellas. Si no la conoce, escriba la última dirección conocida del cónyuge.

### ***SECCIÓN 14: INFORMACIÓN DE HIJOS AUSENTES***

#### **NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZA LA**

**RECERTIFICACIÓN:** Escriba el nombre de todas las personas que realizan la recertificación y que tengan un hijo menor de 21 años que no vive con ellas.

#### **NOMBRE y FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO**

**AUSENTE:** Escriba el nombre, mes, día y año de nacimiento de todos los hijos menores de 21 años que no viven con la persona que realiza la recertificación.

**DIRECCIÓN DEL HIJO:** Escriba la calle y el número, la ciudad, el condado, el estado y el código postal de todos los hijos vivos menores de 21 años que no viven con la persona que realiza la recertificación.

**¿SE ESTABLECIÓ LA FILIACIÓN LEGAL?** Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si se estableció la filiación legal

para los hijos menores de 21 años que no viven con la persona que realiza la recertificación.

**¿PAGA USTED SUSTENTO DE MENORES?:** Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si alguna persona que realiza la recertificación paga sustento de menores para algún hijo menor de 21 años que no vive con ella.

## ***SECCIÓN 15: INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES***

Solo llene esta sección si realiza una recertificación de Asistencia Pública.

**¿HAY ALGÚN PADRE O ALGUNA MADRE MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD (“PADRE/MADRE ADOLESCENTE”) EN EL HOGAR?:** Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si alguna persona que realiza la recertificación es padre o madre menor de 18 años.

**NOMBRE:** Escriba el nombre de todas las personas que realizan la recertificación y que son padres o madres menores de 18 años.

**¿EL HIJO(A) DEL PADRE ADOLESCENTE VIVE EN EL HOGAR?:** Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si el hijo(a) de alguna persona menor de 18 años que realiza la recertificación vive con usted.

**NOMBRE DEL HIJO(A) DEL PADRE O DE LA MADRE ADOLESCENTE:** Escriba el nombre del hijo(a) de cualquier persona menor de 18 años que realiza la recertificación.

Página Original 10

**PUB-1313 Statewide SP LP (Rev. 07/23)**

## **PÁGINAS 7 Y 8 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN**

### ***SECCIÓN 16: INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS***

**INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED RECIBE DINERO DE y QUIÉN:** Marque (✓) “SÍ” o “NO” en las líneas 1 a 27 para indicar si usted o cualquier persona que vive con usted recibe dinero de alguno de los tipos de ingresos enumerados, y para cada respuesta “SÍ” escriba los nombres de las personas que reciben el dinero.

**MONTO/VALOR Y FRECUENCIA:** Para cada respuesta “SÍ”, escriba el valor en dólares (\$) y con qué frecuencia recibe este tipo de ingreso cada una de las personas que lo reciben. Por ejemplo, si usted recibe \$100 en concepto

de seguro por desempleo cada semana, escriba “\$100 per week” (\$100 por semana) o “\$100/wk” (\$100/sem).

**SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI) (TOTAL ESTATAL Y FEDERAL):** Si usted o una de las personas que vive con usted recibe subsidios del Programa de Suplemento Estatal del Estado de Nueva York (SSP) además del SSI, sume estas dos cantidades y escriba el total en la columna de MONTO/VALOR Y FRECUENCIA de Subsidios de SSI en la línea 2. Si usted o una de las personas que vive con usted recibe solo subsidios de SSP, escriba esta cantidad en la columna de MONTO/VALOR Y FRECUENCIA de subsidios de SSI en la línea 2.

**PAGOS POR CUIDADO DE CRIANZA (RECIBIDOS):** Si usted o una de las personas que vive con usted recibe pagos por Cuidado de Crianza, escriba esta cantidad en la columna de MONTO/VALOR Y FRECUENCIA de Pagos por Cuidado de Crianza en la línea 17. Si usted o alguna persona que vive con usted recibe pagos por Cuidado de Crianza por cuidar de un menor en cuidado de crianza y usted realiza la recertificación de beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), tiene dos opciones: puede elegir incluir al menor en Cuidado de Crianza y los pagos por Cuidado de

Crianza en su grupo familiar que solicita subsidios SNAP, o puede elegir *no* incluir al menor en Cuidado de Crianza ni los pagos por Cuidado de Crianza en su grupo familiar que solicita subsidios SNAP. Pregunte a su distrito qué opción le daría más subsidios de SNAP.

**PAGOS DE SUSTENTO DE MENORES (RECIBIDOS):**

Si usted o una de las personas que vive con usted recibe pagos de sustento de menores, escriba el nombre de la persona que paga el sustento de menores después de “Recibidos de” en la línea 18.

**OTROS INGRESOS:** Describa otras cantidades de dinero que reciba usted o alguien que vive con usted, incluyendo quién recibe el dinero, cuánto recibe, y con qué frecuencia lo recibe.

**DEDUCCIONES, QUIÉN y MONTO/VALOR Y**

**FRECUENCIA:** Si realiza la recertificación de Medicaid, marque (✓) “SÍ” o “NO” en las líneas 1 a 15 para indicar si usted o alguna persona que vive con usted declarará alguna de las deducciones tributarias enumeradas en su declaración de impuestos sobre la renta del año en curso. Para cada respuesta “SÍ”, escriba los nombres de las personas que solicitarán las deducciones, y la cantidad o valor y la frecuencia de los gastos que se declararán en la declaración de impuesto sobre la renta.

**OTROS AJUSTES:** Describa otras deducciones tributarias federales que usted o las personas que viven con usted reclamarán en la declaración de impuestos del año en curso, indique quién reclamará las deducciones, la cantidad y la frecuencia de los gastos que se reclamarán en la declaración de impuestos sobre la renta.

### ***SECCIÓN 17: INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO/MADRASTRA/PATROCINADOR DE INMIGRANTE CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA***

**¿EL PADRASTRO/LA MADRASTRA DE ALGUNO DE LOS MENORES QUE VIVEN CON USTED TIENE RECURSOS O RECIBE INGRESOS DE ALGÚN TIPO?**

**¿QUIÉN?:** Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si alguna de las personas que realizan la recertificación, incluido usted mismo, tiene un padrastro o una madrastra que no vive con usted y que tiene recursos financieros o recibe dinero de cualquier fuente. (Si el padrastro o la madrastra vive con usted, sus recursos e ingresos deben incluirse en la Sección 16, Información sobre los ingresos). Si respondió que “SÍ”, escriba el nombre del padrastro o madrastra.

**¿ALGÚN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR ES NO CIUDADANO CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA QUE FUE PATROCINADO PARA SU INGRESO A ESTADOS UNIDOS? ¿QUIÉN?:** Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si usted o alguna persona de su grupo familiar es un no ciudadano con situación migratoria satisfactoria patrocinado por alguien con el fin de ingresar a Estados Unidos. Si respondió que “SÍ”, escriba el nombre del no ciudadano con situación migratoria satisfactoria.

**NOMBRE DEL PATROCINADOR, DIRECCIÓN y NÚMERO DE TELÉFONO:** Si marcó “SÍ” anterior-mente, escriba el nombre de la persona que lo patrocinó a usted o a un miembro de su grupo familiar para su admisión a Estados Unidos, así como la dirección y el número de teléfono del patrocinador.

# PÁGINAS 9 Y 10 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

## ***SECCIÓN 18: INFORMACIÓN LABORAL***

Llene esta sección para sí mismo y para todas las personas que viven con usted. Aun cuando cuente con un empleo podrá ser elegible para recibir asistencia. Para los efectos de esta sección, “edad activa” significa 18 años de edad o más, o 16 años de edad o más para las personas que no asisten a la escuela.

**ACTUALMENTE ESTOY:** Marque (✓) “empleado”, “autoempleado” o “desempleado” para indicar si trabaja o no y si trabaja para sí mismo o para alguien más.

**INGRESOS BRUTOS:** Escriba la cantidad que le pagan antes de impuestos semanal, quincenal, o mensualmente (no por año), si corresponde. Incluya todos los sueldos, salarios, pagos por horas extras, comisiones y propinas.

**HORAS TRABAJADAS AL MES:** Escriba el número de horas que trabaja al mes, si corresponde.

**PAGO:** Marque (✓) “Semanal”, “Quincenal” o “Mensual” para indicar con qué frecuencia le pagan, si corresponde.

**DÍA DE LA SEMANA QUE RECIBE EL PAGO:** Escriba el día de la semana que recibe su pago salarial, si corresponde.

**NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR y NÚMERO DE TELÉFONO:** Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de su empleador, si tiene uno. Escriba “yo mismo” y su dirección y número de teléfono comerciales, si es autoempleado.

**¿ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED ESTÁ ACTUALMENTE EMPLEADA O ES AUTOEMPLEADA? ¿QUIÉN?:** Marque (✓) “empleado” o “autoempleado” para cada persona que vive con usted y que trabaja y escriba su nombre.

**INGRESO BRUTO, HORAS TRABAJADAS AL MES, DÍA DE LA SEMANA QUE RECIBE EL PAGO, NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR y NÚMERO DE TELÉFONO** Llene esta información para todas las personas que viven con usted y que trabajan, siguiendo las instrucciones anteriores.

**¿TIENE DISPONIBLE UN SEGURO DE SALUD POR MEDIO DE SU EMPLEADOR?:** Si está empleado, marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si tiene cobertura médica disponible por medio de su empleador.

**¿ALGUIEN QUE VIVE CON USTED TIENE SEGURO DE SALUD POR MEDIO DE UN EMPLEADOR? ¿QUIÉN?:**

Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si alguien que vive con usted tiene cobertura médica por medio del empleador; si respondió que “Sí”, escriba los nombres.

**NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:** Escriba el nombre de su compañía de seguro de salud o de la compañía de seguro de salud de las personas que viven con usted, de haberlo.

Página Original 12

**PUB-1313 Statewide SP LP (Rev. 07/23)**

**¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED TIENE GASTOS POR CUIDADO DE UN MENOR O DEPENDIENTE DEBIDO A SU EMPLEO? ¿QUIÉN?:**

Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted o alguien que vive con usted tiene gastos por cuidado de menores o de dependientes (por ejemplo, un padre anciano) debido a que trabaja, y escriba el nombre de la persona que tiene esos gastos.

**¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED TIENE OTROS GASTOS RELACIONADOS CON EL EMPLEO?**

**¿QUIÉN?:** Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted o

alguien que vive con usted tiene algún gasto relacionado con el trabajo, (por ejemplo, transporte, uniformes); si respondió que “Sí”, escriba los nombres de esas personas (incluido el suyo, si corresponde).

**SI NO TIENE EMPLEO, ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED TRABAJÓ? ¿QUIÉN? ¿CUÁNDO? ¿DÓNDE?:** Si usted o alguien en edad activa que vive con usted está desempleado, escriba el nombre suyo/los nombres, las fechas en que usted trabajó /ellos trabajaron por última vez, y dónde fue el último empleo.

**¿POR QUÉ DEJÓ O DEJARON DE TRABAJAR?:**  
Escriba los motivos por los cuales usted o alguien en edad activa que vive con usted está desempleado.

**¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED HA SOLICITADO SEGURO POR DESEMPLEO? ¿QUIÉN? ¿CUÁNDO? ¿SITUACIÓN DE LA SOLICITUD?:** Si usted o alguien en edad activa que vive con usted está desempleado, marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted o ellos ha(n) solicitado seguro por desempleo. Si respondió que “Sí”, escriba el nombre suyo/los nombres y cuándo usted o ellos solicitaron el seguro por desempleo y la situación de la solicitud.

**¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED ESTÁ PARTICIPANDO EN UNA HUELGA? ¿QUIÉN?:** Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted o alguien que vive con usted está en huelga (es decir, ha dejado de trabajar en protesta por las decisiones o prácticas de un empleador), y si respondió que “Sí”, escriba el nombre suyo/los nombres.

**¿CUANDO COMENZÓ LA HUELGA?:** Si usted o alguien que vive con usted está en huelga, escriba la fecha en la que usted o ellos comenzaron la huelga.

**¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED ES MIGRANTE O TRABAJADOR AGRÍCOLA POR TEMPORADA? ¿QUIÉN?:** Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted o alguien que vive con usted viaja a diferentes granjas para trabajar, o trabaja en una granja solo durante la temporada de cultivo; si respondió que “Sí”, escriba el nombre suyo o los nombres.

**¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED SUFRE ALGUNA AFECCIÓN MÉDICA QUE LIMITE SU CAPACIDAD PARA TRABAJAR O EL TIPO DE TRABAJO QUE PUEDE REALIZAR? ¿QUIÉN?:** Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted o alguien en edad activa que vive con usted sufre de una afección médica

que le impide trabajar a tiempo completo o realizar ciertos tipos de trabajos; si respondió que “Sí”, escriba el nombre suyo o los nombres.

**DESCRIBA LAS LIMITACIONES:** Si usted o alguien en edad activa que vive con usted sufre de una afección médica que le impide trabajar a tiempo completo o realizar ciertos tipos de trabajos, explique de qué manera está(n) usted/ellos limitado(s).

**¿PODRÍA ACEPTAR UN EMPLEO HOY? y EN CASO NEGATIVO, ¿POR QUÉ?:** Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si podría aceptar un empleo hoy, de haberlo; si respondió que “No”, explique por qué.

**¿QUÉ TIPO DE TRABAJO LE GUSTARÍA HACER?:**  
Indique qué tipo de trabajo le gustaría hacer.

# **PÁGINA 11 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN**

## ***SECCIÓN 19: PREPARACIÓN ACADÉMICA/CAPACITACIÓN***

**¿CUÁL ES SU MÁXIMO NIVEL ACADÉMICO?** Marque (✓) la descripción que mejor se ajusta al nivel educativo alcanzado.

**EN ESE CASO, ¿ÚLTIMO GRADO QUE TERMINÓ?:** Si no terminó la preparatoria, escriba el último grado que terminó.

**¿ALGUIEN MÁS EN SU GRUPO FAMILIAR TIENE UN DIPLOMA DE PREPARATORIA, UN DIPLOMA DE EQUIVALENCIA GENERAL (GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA, GED) O UNA PRUEBA PARA EVALUAR LA EDUCACIÓN SECUNDARIA (TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION, TASC™), O UN NIVEL MÁS ALTO DE PREPARACIÓN ACADÉMICA?, QUIÉN, TÍTULO OBTENIDO, y FECHA EN LA QUE TERMINÓ:**

Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si las personas que viven con usted cuentan con un diploma de preparatoria, un diploma de Equivalencia General (GED) o una Prueba para Evaluar la Educación Secundaria (TASC™) o un nivel más alto de preparación académica. Si respondió que “Sí”, escriba el nombre de la persona, el título obtenido y la fecha en la que lo recibió.

Conteste las siguientes preguntas para usted y para todas las personas que viven con usted y que realizan la recertificación o reciben asistencia:

**¿PARTICIPA O HA PARTICIPADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN?  
¿QUIÉN? ¿DÓNDE? ¿QUÉ PROGRAMA? ¿FECHAS EN LAS QUE ASISTIÓ? ¿FECHAS DE FINALIZACIÓN?:**

Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si, en los últimos 12 meses, usted o alguien que vive con usted y que realiza la recertificación o recibe asistencia ha participado en un programa de capacitación laboral. Si contestó que “Sí”, escriba el nombre de esa persona, el lugar donde se llevó a cabo la capacitación, el nombre del programa o el tipo de programa, y las fechas de asistencia y conclusión del programa.

**¿TIENE 16 AÑOS DE EDAD O MÁS Y ASISTE A LA ESCUELA O A LA UNIVERSIDAD? ¿QUIÉN?**

**¿DÓNDE?:** Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted o alguien que vive con usted y que realiza la recertificación o recibe asistencia tiene *16 años de edad o más* y asiste a la escuela o a la universidad; si contestó que “Sí”, escriba el nombre de esa persona y la escuela o universidad.

**¿RECIBE UNA ASIGNACIÓN PARA CAPACITACIÓN?**

**¿QUIÉN? ¿QUÉ MONTO?** Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted o alguien que vive con usted y que realiza la recertificación de asistencia o la obtiene recibe una asignación para capacitación. Si respondió que “Sí”, escriba el nombre de esa(s) persona(s) y el monto de dinero recibido.

**¿RECIBE BECAS O PRÉSTAMOS EDUCATIVOS?**

**¿QUIÉN? ¿QUÉ MONTO?** Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted o alguien que vive con usted y que realiza la recertificación de asistencia o la obtiene recibe una beca o un préstamo educativo. Si respondió que “Sí”, escriba el nombre de esa(s) persona(s) y el monto de dinero recibido.

**¿TIENE MENOS DE 16 AÑOS DE EDAD Y ASISTE A LA ESCUELA? ¿QUIÉN? ¿ESCUELA?:** Marque (✓) “Sí” o

“No” para indicar si usted o alguien que vive con usted y que realiza la recertificación o recibe asistencia es menor de 16 años de edad; si contestó que “Sí”, escriba el/los nombre(s) de esa(s) persona(s) y las escuelas.

Página Original 14

**PUB-1313 Statewide SP LP (Rev. 07/23)**

## **PÁGINA 12 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN**

### ***SECCIÓN 20: INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS***

Si solamente realiza una recertificación para recibir beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, no tiene que indicar si tiene seguro de vida.

**INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y QUE REALIZA LA RECERTIFICACIÓN:** Para las líneas 1 a 23, marque (✓) “Sí” o “NO” para indicar si usted o alguien que vive con usted y que realiza la recertificación tiene alguno de los recursos financieros enumerados.

**QUIÉN:** Para cada respuesta “SÍ”, escriba los nombres de las personas que cuentan con los recursos.

**SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO/VALOR:** Para cada respuesta “SÍ”, escriba el valor o el monto en dólares (\$) del recurso. Asegúrese de incluir todos los bienes conjuntos (recursos que pertenecen a dos personas o más, tales como cuentas bancarias conjuntas). Todas las personas que realicen la recertificación de Asistencia Pública o Medicaid deben incluir los recursos de todos los familiares que sean legalmente responsables. Estas son personas que están obligadas por la ley a brindarle apoyo financiero a usted o a cualquier persona que realice la recertificación, como un cónyuge o, si tiene menos de 21 años de edad, los padres o padrastros que viven con usted o con cualquier persona que realiza la recertificación.

**TIENE EL TÍTULO DE PROPIEDAD O EL REGISTRO DE VEHÍCULO(S) AUTOMOTOR(ES) O DE OTRO(S) VEHÍCULO(S), AÑO, MARCA/MODELO, y OTRO:** Si su nombre o el nombre de alguna persona que vive con usted y que realiza la recertificación aparece en el título de propiedad de un automóvil u otro tipo de vehículo, escriba el año, la marca y el modelo de cada vehículo en

la línea 6. Escriba sus recursos, como casas rodantes, motonieves y botes, después de “Otro” en la línea 6.

**TIENE OTROS RECURSOS ADEMÁS DE LOS YA MENCIONADOS:** Es muy importante que informe de inmediato a su distrito si tiene o espera recibir dinero en un pago único. Un pago único es un pago que recibe una sola vez, como una indemnización de seguro, herencia o pago por una demanda o lotería. Consulte LDSS-4148A, “Libro 1: Lo que debe saber sobre sus derechos y responsabilidades” si desea más información sobre los pagos únicos.

**¿ALGUIEN HA CREADO UN FIDEICOMISO EN EL PASADO O TRANSFERIDO ACTIVOS A UNA CUENTA EN FIDEICOMISO DURANTE LOS ÚLTIMOS 60 MESES?:** Si usted o su cónyuge transfieren o donan activos en los 36 meses (60 meses en el caso de transferencias a un fideicomiso) anteriores al primer día del mes en el que reciba servicios de un centro de convalecencia y usted ha presentado una solicitud de Medicaid, no podrá ser elegible para recibir servicios de un centro de convalecencia ni servicios de exención en el hogar o en la comunidad como parte del Programa Medicaid.

Si usted o una de las personas que solicita asistencia, o su cónyuge o el cónyuge de cualquier persona que solicita asistencia (incluso si el cónyuge no solicita asistencia ni vive en el hogar) ha creado un fideicomiso o depositado dinero en un fideicomiso en los últimos cinco años, escriba en la línea 23 cuándo se creó el fideicomiso o cuándo se depositó el dinero.

## **PÁGINAS 13 A 15 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN**

### ***SECCIÓN 21: INFORMACIÓN MÉDICA***

**INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y QUE REALIZA LA RECERTIFICACIÓN y SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, ¿QUIÉN?:** Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si alguna de las situaciones enumeradas se aplica a usted o a alguien que vive con usted y que realiza la recertificación; si respondió que “SÍ”, escriba el nombre de la persona a la que se aplica cada situación. Asegúrese de incluir todos los seguros de salud y seguros hospitalarios/contra accidentes que tenga o que estén disponibles para cualquier persona que realice la recertificación.

**TIENE FACTURAS MÉDICAS, PAGAS E IMPAGAS, DE LOS 3 MESES ANTERIORES AL MES DE ESTA**

**RECERTIFICACIÓN:** Medicaid podría pagar las cuentas médicas por los cuidados que recibió durante los tres meses previos al mes en que solicitó ayuda. Si ya ha pagado la factura, podríamos pagarle la factura si determinamos que usted hubiera sido elegible para Medicaid en ese momento. Podríamos pagarle incluso si el médico u otro proveedor no acepta Medicaid, pero solo podemos pagarle la cantidad que Medicaid hubiera pagado, y solo si la factura fue por servicios que Medicaid hubiera cubierto.

**ESTÁ EMBARAZADA:** Si usted o alguna de las personas que viven con usted y que también realiza la recertificación está embarazada, escriba la fecha esperada de parto y el número esperado de nacimientos en la línea 14.

**SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD:** Llene esta sección para todas las personas que realicen la recertificación de Medicaid. La mayoría de las personas inscritas en Medicaid están obligadas a afiliarse a un plan de cuidados

administrados, a menos que estén en una categoría exenta. Utilice esta sección para elegir un plan de salud. Si no conoce los planes de salud disponibles, pregúntele al empleado o llame a la línea de ayuda sobre selección de cuidados administrados de Medicaid al 1-800-505-5678.

**NOMBRE DEL PLAN AL QUE SE ESTÁ AFILIANDO:**

Escriba los nombres de los planes de salud en los que las personas que realizan la recertificación de Medicaid desean afiliarse. Si no sabe qué planes de salud tiene disponibles, pregúntele al distrito.

**APELLIDO y PRIMER NOMBRE:** Escriba el apellido y el primer nombre de todas las personas que realizan la recertificación de Medicaid.

**FECHA DE NACIMIENTO:** Escriba el mes en dos dígitos, el día en dos dígitos y el año en dos dígitos de la fecha de nacimiento de cada persona que realiza la recertificación de Medicaid.

**SEXO:** Escriba “M” para masculino, “F” para femenino, o “X” para no binario u otra identidad de género para indicar el sexo de cada persona que realiza la recertificación de Medicaid.

**NÚM. DE IDENTIFICACIÓN (DE LA TARJETA DE MEDICAID SI LA TIENE):** Si las personas que realizan la recertificación de Medicaid tienen una tarjeta de Medicaid, escriba el número de identificación de la tarjeta aquí.

**NÚM. DE SEGURO SOCIAL:** Escriba el número de seguro social de cada persona que realiza la recertificación de Medicaid.

**PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) O CENTRO DE SALUD (MARQUE LA CASILLA SI ES EL PROVEEDOR ACTUAL):** Escriba el nombre del proveedor de atención primaria (es decir, el médico general o médico familiar) o del centro de salud al que desea consultar la persona que realiza la recertificación de Medicaid. Si este es el proveedor o centro que la persona ya utiliza, marque (✓) la casilla. Debe asegurarse de que el proveedor o centro acepta Medicaid antes de recibir atención médica.

**NOMBRE Y NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL OBSTETRA Y GINECÓLOGO (MARQUE LA CASILLA SI ES EL PROVEEDOR ACTUAL):** Si alguna de las personas que realizan la recertificación de Medicaid necesita atención y servicios de un obstetra o ginecólogo (OB/GYN), escriba el nombre del OB/GYN que la solicitante desea utilizar. Si la solicitante ya consulta a

este OB/GYN, marque (✓) la casilla. Debe asegurarse de que el proveedor o centro acepta Medicaid antes de recibir atención médica.

Debe asegurarse de que el médico o proveedor de servicios médicos que consulta acepta Medicaid *antes de* recibir atención médica.

Página Original 16

---

**PUB-1313 Statewide SP LP (Rev. 07/23)**

## ***SECCIÓN 22: ALOJAMIENTO***

**NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU ARRENDADOR:** Si tiene un arrendador, escriba el nombre, dirección y número de teléfono de su arrendador.

**¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED TIENE GASTOS DE ALQUILER, HIPOTECA, U OTROS GASTOS RELACIONADOS CON EL ALOJAMIENTO?:**

Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si usted o alguien que vive con usted paga alquiler, hipoteca, o demás gastos de alojamiento (por ejemplo, habitación y comida); si respondió que “SÍ”, escriba la cantidad que usted/ellos paga(n) por mes. Si tiene un pago de hipoteca, incluya el monto de los impuestos de propiedad y seguro de riesgos inmobiliario (incluido el seguro contra incendios).

**¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED PAGA CALEFACCIÓN ADICIONAL A SU ALQUILER U OTROS GASTOS RELACIONADOS CON EL ALOJAMIENTO?:**

Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si usted o alguien que vive con usted paga la calefacción de manera adicional al alquiler, hipoteca, o demás gastos relacionados con su alojamiento; si respondió que “SÍ”, escriba la cantidad que usted/ellos paga(n) por mes.

**¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED PAGA LOS SIGUIENTES GASTOS ADICIONALES AL ALQUILER U OTROS GASTOS RELACIONADOS CON EL ALOJAMIENTO?:** Líneas 1 a 8, marque (✓) “SÍ” o

“NO” para indicar si usted o alguien que vive con usted paga alguno de los gastos enumerados de manera adicional al alquiler, hipoteca, o demás gastos relacionados con el alojamiento; si respondió que “SÍ”, escriba la cantidad que usted/ellos paga(n) por mes. Para las preguntas en las líneas 9 a 11, marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si usted o alguien que vive con usted y que realiza la recertificación vive en alguno de estos tipos de alojamiento.

## **SECCIÓN 23: OTROS GASTOS**

**INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y QUE REALIZA LA RECERTIFICACIÓN y SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, ¿QUÉ MONTO?:** Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si usted o alguien que vive con usted y que realiza la recertificación hace alguno de los pagos enumerados en las líneas 1 a 5. Describa en la línea 6 todos los gastos no incluidos en la lista. Por cada respuesta “SÍ”, escriba el monto del pago o gasto y con qué frecuencia se hace (por ejemplo, \$100 por semana o \$100/sem).

**¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y QUE REALIZA LA RECERTIFICACIÓN DEBE, AL MENOS, CUATRO MESES DE MANUTENCIÓN PARA UN HIJO MENOR DE 21 AÑOS?:** Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si usted o alguien que vive con usted y que realiza la recertificación debe cuatro meses o más de sustento de menores.

# PÁGINA 16 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

## ***SECCIÓN 24: INFORMACIÓN ADICIONAL***

**¿COMPRA O PLANEA COMPRAR COMIDAS DE UN SERVICIO DE ENTREGA A DOMICILIO O DE UN SERVICIO COMUNITARIO?:** Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si usted o alguna de las personas que realizan la recertificación compran o planean comprar comidas de un servicio de entrega a domicilio (p. ej., Meals on Wheels) o de un servicio de comidas comunitarias (p. ej., de una cafetería en el edificio donde vive).

Página Original 17

**PUB-1313 Statewide SP LP (Rev. 07/23)**

**¿PUEDE COCINAR O PREPARAR COMIDAS EN CASA?:** Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si tiene un lugar en su hogar en el que pueda cocinar.

Para las preguntas de las líneas 10 a 12, “Fuerzas Armadas de Estados Unidos” significa:

- Ejército de Estados Unidos

- Armada de Estados Unidos
- Guardacostas de Estados Unidos
- Cuerpo de Infantería de Marina de Estados Unidos
- Fuerza Aérea de Estados Unidos
- Marina Mercante de Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial

**¿USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR HA PERTENECIDO ALGUNA VEZ A LAS FUERZAS ARMADAS DE ESTADOS UNIDOS?**

**¿QUIÉN?:** Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si usted o alguien que vive con usted alguna vez ha formado parte de alguno de los servicios militares enumerados arriba; si respondió “SÍ”, escriba los nombres.

**¿SU CÓNYUGE HA PERTENECIDO ALGUNA VEZ A LAS FUERZAS ARMADAS DE ESTADOS UNIDOS?**

Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si su cónyuge alguna vez ha formado parte de alguno de los servicios militares enumerados anteriormente.

**¿ALGÚN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR ES DEPENDIENTE DE ALGUIEN QUE SIRVE O HA SERVIDO EN LAS FUERZAS ARMADAS DE ESTADOS**

**UNIDOS? ¿QUIÉN?:** Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si usted o alguien que vive con usted depende financieramente de alguien que está o ha estado en alguno de los servicios militares enumerados anteriormente; si respondió que “SÍ”, escriba el nombre del dependiente.

**INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y QUE REALIZA LA RECERTIFICACIÓN,**

**¿QUIÉN?:** Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si alguna de las situaciones descritas en las siguientes nueve preguntas aplica a usted o a alguien que vive con usted; si respondió que “SÍ”, escriba el nombre de la persona a la que se aplica cada situación. Si no comprende las preguntas, pida al distrito que se las explique. Recuerde que las leyes del Estado de Nueva York estipulan multa, cárcel, o ambas sanciones para toda persona que sea declarada culpable de obtener Asistencia Pública, Medicaid, subsidios de SNAP, Asistencia de Cuidado de Niños, o Servicios ocultando hechos o no diciendo la verdad.

**ESTADO DE TRANSFERENCIA DE PROPIEDADES:**

Marque (✓) la casilla “Yo he” o “Yo no he” para indicar si usted o alguien que realiza la recertificación ha vendido, traspasado o cedido alguna propiedad para adquirir

subsidios de Asistencia Pública o de SNAP. Recuerde que las leyes del Estado de Nueva York estipulan multa, cárcel, o ambas sanciones para toda persona que sea declarada culpable de obtener Asistencia Pública, Medicaid, subsidios de SNAP, Asistencia de Cuidado de Niños, o Servicios ocultando hechos o no diciendo la verdad.

## **PÁGINAS 17 A 23 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN**

### ***NOTIFICACIONES, CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS***

Lea detenidamente **TODA** la información de esta sección o pídale a alguien que se la lea. Esta sección contiene información importante acerca de sus derechos y responsabilidades relacionadas con la recepción de asistencia, así como las sanciones que se imponen (por ejemplo, multa o cárcel) si no cumple con las responsabilidades que se estipulan en esta sección. Al firmar y enviar un formulario de recertificación, usted indica que comprende y acepta los enunciados en esta sección.

**REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA:**

Si quiere que alguien realice una recertificación de beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por usted o quiere que alguien que no vive con usted reciba los subsidios de SNAP por usted o los utilice para comprar alimentos para usted, escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de esa persona en letra de molde en la casilla proporcionada. Esta persona es su “Representante Autorizado”. El Representante Autorizado debe firmar y poner la fecha en la sección de firmas al final del formulario de recertificación. Si su familia no reside en una institución, un adulto responsable que sea miembro de su grupo familiar también debe firmar y poner la fecha en el formulario de recertificación, a menos que su familia haya designado por escrito al Representante Autorizado para que lo haga.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Marque (✓) “No divulgar información sobre VIH/SIDA”, “No divulgar información sobre salud mental” o “No divulgar

información sobre drogas y alcohol” si no está de acuerdo con que dicha información médica referente a usted o a los miembros de su familia que presenten una recertificación sea divulgada en los términos permitidos por la ley.

**SECCIÓN DE FIRMAS:** Lea detenidamente esta sección o pídale a alguien que se la lea. Las leyes del Estado de Nueva York estipulan multa, cárcel, o ambas sanciones para toda persona que sea declarada culpable de retener hechos o de no decir la verdad con el objeto de obtener Asistencia Pública, Medicaid, subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, Asistencia de Cuidado de Niños, o Servicios. **Al firmar y enviar el formulario de recertificación, usted indica que comprende y acepta los enunciados de esta sección, y que toda la información que ha proporcionado en este formulario de recertificación o que proporcionará al distrito en el futuro es información completa y exacta hasta donde usted sabe.**

**FIRMA DEL SOLICITANTE Y FECHA DE FIRMA:** Firme y escriba la fecha en la que firmó el formulario de recertificación, a menos que haya designado a un Representante Autorizado para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) en el formulario de

recertificación y usted viva en una institución, en cuyo caso el Representante Autorizado puede firmar y escribir la fecha en el formulario de recertificación. Si no reside en una institución, tanto usted como el Representante Autorizado deben firmar y escribir la fecha en el formulario de recertificación, a menos que usted haya designado previamente por escrito al Representante Autorizado para SNAP para que lo haga. Si ha llenado el formulario de recertificación por otra persona, firme con el *nombre de usted*, no con el nombre de la persona que represente, y escriba la fecha en la que lo firmó.

## **FIRMA DEL CÓNYUGE O REPRESENTANTE**

**PROTECTOR y FECHA DE FIRMA:** Si está casado(a) y presenta una recertificación de Asistencia Pública o Medicaid, su cónyuge debe firmar y escribir la fecha en el formulario de recertificación. Si está casado(a) y presenta una recertificación solamente de los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, solo uno de los cónyuges debe firmar y escribir la fecha en el formulario de recertificación. Si tiene un Representante Protector, esa persona debe firmar y escribir la fecha en el formulario de recertificación.

## **FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO y**

**FECHA DE FIRMA:** Si ha designado a un Representante

Autorizado para SNAP en el formulario de recertificación, esa persona debe firmar y escribir la fecha en él.

### **SOLICITO QUE SE CIERRE MI CASO**

**CORRESPONDIENTE A:** No marque ninguna de las casillas, ni firme ni escriba la fecha en esta sección si quiere presentar una recertificación. Solamente marque esta sección si desea que se *cierra su caso* correspondiente a uno o más programas. Para solicitar que se cierre el caso, marque (✓) la casilla al lado de ese programa, y firme y escriba la fecha donde se indica. Indique un motivo de la solicitud.

**FORMULARIO DE REGISTRO DE VOTANTES:** Las últimas dos páginas de este formulario de recertificación son un formulario de registro de votantes. Utilizar el formulario para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la decisión que se tome con respecto a su recertificación de beneficios ni el monto de la asistencia que pueda recibir. Si desea obtener ayuda para llenar el formulario de registro de votantes, pídasela a su distrito.

## **Fines informativos**

### **DOCUMENTOS REQUERIDOS**

La siguiente lista de factores de elegibilidad y documentos requeridos es solo para fines informativos. Su distrito le informará cuáles de los factores de elegibilidad tiene que comprobar. Podría pedírsele que compruebe otros factores no mencionados. Quizá pueda proporcionar documentos no mencionados aquí para comprobar los requisitos de elegibilidad. Si tiene preguntas sobre los documentos requeridos, comuníquese con su distrito.

#### **Factor de elegibilidad**

**Identidad**

Debe comprobar quién es.

**Para comprobar este factor, entregue:**

**✓▼ UNO de los siguientes**

Identificación con fotografía

Licencia de conducir

Pasaporte de Estados Unidos  
Certificado de naturalización  
Registros hospitalarios/médicos  
Documentos de adopción

**O ✓▼ DOS de los siguientes**

(Si solicita subsidios de SNAP o Medicaid **solamente**, necesita traer **solo** un formulario por cada factor de elegibilidad marcado).

Declaración de otra persona  
Se validó el número de seguridad social  
Acta de nacimiento/Certificado de bautismo

**Factor de elegibilidad**

**Estado civil**

Debe comprobar si es casado(a), divorciado(a), separado(a) o viudo (a).

**Para comprobar este factor, entregue:**

**✓▼ UNO de los siguientes**

Actas de matrimonio/defunción  
Acuerdo de separación  
Decreto de divorcio  
Registros del Seguro Social

Registros de la VA

**O ✓▼ DOS de los siguientes**

(Si solicita subsidios de SNAP o Medicaid **solamente**, necesita traer **solo** un formulario por cada factor de elegibilidad marcado).

Carta de un clérigo

Registros del censo

Publicación en el periódico

Declaración de otra persona

**Factor de elegibilidad**

**Residencia**

Debe comprobar dónde vive.

**Para comprobar este factor, entregue:**

**✓▼ UNO de los siguientes**

Carta del arrendador

Recibo/contrato vigente de alquiler

Registros de hipotecas

**O ✓▼ DOS de los siguientes**

(Si solicita subsidios de SNAP o Medicaid **solamente**, necesita traer **solo** un formulario por cada factor de elegibilidad marcado).

Carta de otra persona

Correo reciente

Registros escolares

### **Factor de elegibilidad**

**Composición/tamaño del grupo familiar**

Debe comprobar quién vive con usted.

**Para comprobar este factor, entregue:**

**✓▼ UNO de los siguientes**

Carta del arrendador, no miembro de familia

Registros escolares

**○ ✓▼ DOS de los siguientes**

(Si solicita subsidios de SNAP o Medicaid **solamente**, necesita traer **solo** un formulario por cada factor de elegibilidad marcado).

Cartas de otras personas

### **Factor de elegibilidad**

**Edad**

Debe comprobar la edad de cada persona que solicita asistencia, cuando corresponda.

**Para comprobar este factor, entregue:**

**✓↓ UNO de los siguientes**

Certificado de nacimiento  
Certificado de bautismo  
Registros hospitalarios  
Registros de adopción  
Certificado de naturalización  
Licencia de conducir

**○ ✓↓ DOS de los siguientes**

(Si solicita subsidios de SNAP o Medicaid **solamente**, necesita traer **solo** un formulario por cada factor de elegibilidad marcado).

Póliza de seguro  
Registros del censo  
Registros escolares  
Carta de otra persona  
Carta del médico  
Correspondencia oficial de la SSA

## Factor de elegibilidad

### Padre/madre ausente

Si el padre de cualquier menor en su hogar no vive con usted, debe comprobarlo.

## Para comprobar este factor, entregue:

### ✓↓ UNO de los siguientes

Acta de defunción

Pensión de supérstite

Registros hospitalarios

Registros militares o de la VA

Documentos de divorcio

Comprobante de nuevo matrimonio

### ○ ✓↓ DOS de los siguientes

(Si solicita subsidios de SNAP o Medicaid **solamente**, necesita traer **solo** un formulario por cada factor de elegibilidad marcado).

Publicación en el periódico

Registros de la compañía de seguros

Registros institucionales

Registros de caso de la agencia y pagos funerarios

Declaración de otra persona

## Factor de elegibilidad

### Información del padre/madre ausente

Debe proporcionar toda la información que tenga: nombre, dirección, número de seguro social, fecha de nacimiento, empleo

## Para comprobar este factor, entregue:

### ✓↓ UNO de los siguientes

Recibos de pagos

Declaración de Impuestos

Registros del Seguro Social o de VA

Cartas de determinación monetaria

Tarjetas de identificación (seguro de salud)

Licencia de conducir o matrícula

## Factor de elegibilidad

**Número de seguro social (solamente** con relación a Asistencia Pública, Subsidios SNAP y Medicaid, **no** tiene que proporcionar comprobantes de su número de seguro social (SSN) a menos que el SSN que usted proporcione no coincida con los registros de la SSA o no pueda ser verificado por la agencia).

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Tarjeta de Seguro Social

Correspondencia oficial de la SSA

No se requiere un Número de Seguro Social para no ciudadanos que soliciten Medicaid solo para tratamiento de emergencia o que estén embarazadas y solo soliciten Medicaid.

### **Factor de elegibilidad**

**Situación de ciudadanía o no ciudadanía** - Los ciudadanos de Estados Unidos son elegibles para Asistencia Pública, SNAP y Medicaid. Los no ciudadanos deben tener una situación migratoria satisfactoria para poder ser elegibles para recibir Asistencia Pública, SNAP o Medicaid. La situación de inmigración no es factor de elegibilidad para mujeres embarazadas o niños inmigrantes que solicitan Child Health Plus B. Los inmigrantes indocumentados y no inmigrantes temporales son elegibles solo para tratamiento de emergencia de una afección médica.

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Certificado de nacimiento  
Certificado de bautismo  
Registros hospitalarios  
Pasaporte de Estados Unidos  
Registros de servicio militar  
Certificado de naturalización  
Documentación de USCIS  
Evidencia de residencia continua en Estados Unidos desde antes de 1/1/72.

### **Factor de elegibilidad**

**Ingresos obtenidos**

Del empleador

De autoempleo

Ingresos por alquiler o por pensión  
(habitación/comidas)

### **Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Recibos de salario recientes

Sobres de pago

En papel membretado, salario por hora; horas trabajadas por semana; fecha del primer pago, si es

nuevo y número de teléfono del empleador Contacto con el empleador

Registros empresariales

Registros tributarios

Registros y material relacionado con ingresos y gastos por autoempleo

Declaración de impuestos vigente

Cheque de contribución reciente

Carta del compañero de casa, huésped, inquilino

Declaración de impuestos sobre la renta

### **Factor de elegibilidad**

**Ingresos no devengados**

Sustento de menores

Subsidio de Seguro por Desempleo

(Unemployment Insurance benefits, UIB)

Beneficios del seguro social (Incluido el SSI)

Beneficios para veteranos

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Carta del tribunal de lo familiar

Carta de la persona que paga manutención

Talones de cheques  
Certificado de adjudicación vigente  
Cheque reciente de subsidios  
Correspondencia oficial con el Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York  
Certificado de adjudicación vigente  
Cheque reciente de subsidios  
Correspondencia oficial de SSA  
Certificado de adjudicación vigente  
Cheque reciente de subsidios  
Correspondencia oficial de VA

Página Original 20

---

**PUB-1313 Statewide SP LP (Rev. 07/23)**

### **Factor de elegibilidad**

- Ingresos no devengados (cont.)**
- Compensación laboral
- Subsidios y préstamos educativos
- Intereses/dividendos/regalías
- Pensión/anualidad privada
- Otro \_\_\_\_\_

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Carta de adjudicación

Talón de cheques

Carta de la escuela

Declaración de carta de asignación del banco

Estado de cuenta del banco o cooperativa de crédito

Carta del corredor o agente

Carta de adjudicación vigente

Cheque reciente de subsidios

Correspondencia oficial de la fuente de ingresos

### **Factor de elegibilidad**

**Recursos**

Cuentas bancarias:

corriente, de ahorros, de retiro (IRA y Keogh)

Acciones, bonos, certificados

Seguro de vida

Fideicomiso, o terreno o contrato funerario

- Reembolso del impuesto sobre la renta o crédito por ingreso del trabajo (earned income tax credit, EITC)
- Bienes raíces distintos a una residencia
- Vehículo automotor
- Pago de suma única

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

- Carta del grupo familiar
- Carta del centro de convalecencia (nursing home)
- Registros vigentes del banco
- Registros vigentes de cooperativa de crédito
- Certificados accionarios
- Bonos
- Carta de la institución financiera
- Póliza de seguro
- Carta de la compañía de seguros
- Registros bancarios
- Contrato funerario
- Título del terreno funerario
- Carta del director funerario
- Reembolso de impuestos tributarios

Carta de la oficina de impuestos  
Título de propiedad  
Carta del agente de bienes raíces  
Valuación/estimación de valor presente realizada por un corredor  
Registro (modelos más antiguos)  
Título de propiedad  
Valuación de valor presente realizada por la agencia automotriz  
Datos del crédito  
Carta de la fuente de los pagos

### **Factor de elegibilidad**

Otro \_\_\_\_\_

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

\_\_\_\_\_

### **Factor de elegibilidad**

**Gastos de alojamiento**

Debe comprobar cuánto le cuesta vivir en su alojamiento (Quizá necesite entregar documentos por separado para **cada** gasto por alojamiento). Medicaid

**no requiere documentación de gastos por alojamiento.**

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Recibo vigente de alquiler  
Contrato de alquiler vigente  
Contrato/registros hipotecarios  
Registros de impuestos a la propiedad e impuestos escolares  
Carta del arrendador  
Facturas de agua y drenaje  
Registros de seguro del propietario  
Facturas de combustible  
Facturas de servicios públicos (no calefacción)  
Facturas de teléfono

**Factor de elegibilidad**

**Facturas médicas**

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Copias de facturas médicas (pagas e impagas)

**Factor de elegibilidad**

**Seguro de salud**

Si usted o alguien que solicita asistencia tiene cobertura de seguro de salud (incluso si lo paga alguien más), debe comprobarlo.

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Póliza de seguro

Tarjeta del seguro

Carta del proveedor de cobertura

Tarjeta de **Medicare**

**Factor de elegibilidad**

**Discapacitado/ Incapacitado/Embarazada**

Si usted o alguien que viva con usted está enfermo o embarazada, debe comprobarlo.

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Carta de un profesional médico confirmando el embarazo y la fecha esperada de parto

Carta de un profesional médico

Comprobante de prestaciones de la SSA o SSI por discapacidad o ceguera

## **Factor de elegibilidad**

**Facturas sin pagar**

Alquiler, servicios públicos

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Copia de cada factura que muestre el monto adeudado, el período de servicio y el proveedor

## **Factor de elegibilidad**

**Derivación**

Programa de tratamiento por drogas/alcohol

Servicios de empleo

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Carta del proveedor de tratamiento

Carta del servicio de empleo

## **Factor de elegibilidad**

**Otros gastos/Costo por cuidado de dependientes**

Debe entregar comprobantes si **paga** manutención ordenada por un tribunal, guardería, préstamos

recurrentes, o por servicios de un asistente o ayudante en el hogar.

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Orden del tribunal

Carta de la guardería o de otro proveedor de cuidados de niños

Carta del asistente o ayudante

Cheques cancelados o recibos

**Factor de elegibilidad**

**Asistencia escolar**

Debe comprobar quién asiste a la escuela

**Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:**

Registros escolares (boleta de calificaciones más reciente)

Carta de la escuela o institución de educación superior

**Factor de elegibilidad**

Otro: \_\_\_\_\_