

**SOLICITUD Y DECLARACIÓN JURADA PARA  
ASISTENCIA PÚBLICA**

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE			
Trabajador social de IM _____	Fecha _____	Número de caso _____	Su _____
Supervisor de IM _____	Fecha _____	Número(s) de caso(s) relacionado(s) _____	
Estado de TANF: ( ) NA ( ) RA ( ) RO ( ) TR	Fecha de registro _____		
<b>ELEGIBILIDAD CATEGÓRICA:</b>			
¿Todos los miembros de su hogar reciben asistencia pública (WFNJ) o SSI? [ ] SÍ [ ] NO			

**SECCIÓN I**

SOLICITANTE: Use un bolígrafo para completar este formulario con sumo cuidado y precisión. SI NO ESTÁ SEGURO DE CÓMO RESPONDER ALGUNA PREGUNTA, DEJE EL ESPACIO EN BLANCO. Si tiene alguna pregunta, consulte con el trabajador de bienestar social del condado.

**NO ESCRIBA EN LOS RECUADROS SOMBRADOS**

1. ¿En qué programa(s) desea inscribirse o volver a inscribirse?

( ) ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) ( ) PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA DE NJ (SNAP)

( ) ASISTENCIA GENERAL (GA) ( ) ASISTENCIA DE EMERGENCIA (EA) ( ) PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA EL CUIDADO DE FAMILIARES

Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que, a modo de condición de elegibilidad para WFNJ, debo (debemos) buscar empleo de forma activa y continua para poder tener un ingreso y ser autosuficiente(s).

Entiendo (entendemos) que, a modo de condición de elegibilidad para WFNJ, debo (debemos) registrarme (registrarnos) para trabajar con el One Stop Career Center de New Jersey.

2. ¿Está dispuesto a trabajar? [ ] SÍ [ ] NO

3. Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
(APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE) (APELLIDO DE SOLTERA)

4. Dirección de residencia: **El lugar en el que realmente vive:**

\_\_\_\_\_  
(NÚMERO Y CALLE O RFD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Dirección donde recibe su correo postal, si es distinta de la dirección de residencia antes mencionada.

\_\_\_\_\_  
(APARTADO POSTAL, DIRECCIÓN O RFD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Número de teléfono: CASA ( ) \_\_\_\_\_ TRABAJO ( ) \_\_\_\_\_ CELULAR ( ) \_\_\_\_\_

5. ¿Actualmente reside en una institución o un centro? [ ] SÍ [ ] NO Si la respuesta es "SÍ", responda de la pregunta 6 a la 9; si contestó "NO", vaya a la pregunta 10.

6. ¿Cuál es el nombre de la institución o del centro? \_\_\_\_\_

7. ¿Es un centro correccional? [ ] SÍ [ ] NO

7a. Si la respuesta es "SÍ", ¿cuál es el número de la Oficina Estatal de Identificación (SBI)? \_\_\_\_\_

8. ¿Cuál es la fecha de liberación? \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene algún lugar donde quedarse cuando lo liberen? [ ] SÍ [ ] NO

**Si la respuesta es sí, complete:**

\_\_\_\_\_  
(APARTADO POSTAL, DIRECCIÓN O RFD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

10. Residencia en New Jersey (NO SE APLICA PARA LOS FINES DEL PROGRAMA NJ SNAP)

**VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA**

¿Piensa seguir viviendo en New Jersey? [ ] SÍ [ ] NO

Si contestó "NO", EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

11. Puede autorizar a personas que no vivan en su hogar para que soliciten beneficios por usted, para analizar la solicitud de beneficios, o para recibir una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) y usarlos por usted. Puede ser un trabajador social, un administrador de casos, un miembro de la familia o un amigo. Si desea designar a una persona autorizada para que realice todo o parte de esto por usted, responda las siguientes preguntas:

11a. ¿Desea autorizar a alguien para que solicite sus beneficios?  SÍ  NO  
Si la respuesta es "SÍ", complete la siguiente información:

Nombre del representante autorizado	Fecha de nacimiento (opcional)	Dirección	SSN (opcional)	Número de teléfono

11b. ¿Desea autorizar a alguien para analizar su solicitud con la agencia de bienestar social del condado?  SÍ  NO  
Si la respuesta es "SÍ", complete la siguiente información:

Nombre del representante autorizado	Fecha de nacimiento (opcional)	Dirección	SSN (opcional)	Número de teléfono

11c. ¿Desea autorizar a alguien para que use los beneficios y haga compras por usted? Si usted es elegible para recibir beneficios, la persona que usted **autorice** recibirá una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) de Families First para hacer compras por usted.  SÍ  NO  
Si la respuesta es "SÍ", complete toda la siguiente información:

Nombre del representante autorizado	Fecha de nacimiento (opcional)	Dirección	SSN (opcional)	Número de teléfono

**PREGUNTAS 12 Y 13 A CONTINUACIÓN: SOLO PARA LOS SOLICITANTES DE NJ SNAP**

12. Usted tiene derecho a presentar una solicitud para obtener NJ SNAP de inmediato proporcionando su nombre, dirección, firma y fecha de la firma. Si se resuelve que usted es elegible, sus beneficios se pagarán a partir de esa fecha. (Si usted presenta una solicitud y suministra toda la información necesaria sobre sus circunstancias y se resuelve usted que es elegible, puede obtener NJ SNAP en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la oficina de NJ SNAP reciba su solicitud).

13. Si usted tiene ingresos y recursos muy bajos, puede ser elegible para recibir beneficios acelerados (que recibirá en un plazo de 7 días). **SUS RESPUESTAS A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DETERMINARÁN SI CALIFICA PARA ESTE SERVICIO:**

- (a) ¿El total de los ingresos brutos mensuales de su hogar es inferior a \$150.00 y el total de los recursos líquidos (como dinero en efectivo o cuentas corrientes/cajas de ahorro) del hogar es de \$100.00 o menos?  SÍ  NO
- (b) ¿El alquiler o la hipoteca mensuales de su hogar más los servicios públicos representan un total superior al de sus ingresos brutos mensuales más los recursos líquidos totales?  SÍ  NO
- (c) ¿Su hogar es una casa de inmigrantes o de trabajadores agrícolas de temporada sin ingresos o con ingresos muy escasos?  SÍ  NO

14. \_\_\_\_\_  
(FIRMA DE LA PERSONA QUE INICIA LA SOLICITUD) (FECHA DE LA FIRMA)

**SECCIÓN II**

**15. INFORMACIÓN BÁSICA:** (mencione a cada persona del hogar para la que se realiza la solicitud, incluido usted). Mencione a los solicitantes adultos en primer lugar, comenzando con las mujeres adultas, luego desde la persona más anciana hasta el niño más pequeño.

**Para fines de NJ SNAP,** las personas que viven, compran alimentos y comen con usted deben incluirse como miembros del hogar.

**NOTA:** La presentación de los números de Seguro Social (SSN) de todos los miembros del hogar está autorizada según la Ley de Cupones para Alimentos de 1977, con sus modificaciones, el Título 7 del Código de los Estados Unidos (U.S.C), secciones 2011-2036; la Ley Pública 104-193 exige la presentación de los SSN de todas las personas que se inscriban en el programa WFNJ. Su SSN se utilizará para determinar si su hogar es elegible o sigue siéndolo para participar en los programas NJ SNAP o WFNJ. Verificaremos esta información a través de los programas de cotejo electrónico. Esta información también se utilizará para monitorear el cumplimiento de las reglamentaciones de los programas y para administrar los programas. Esta información puede divulgarse a otras agencias federales y estatales para una revisión oficial, y a oficiales del orden público para poder aprehender a personas prófugas por evadir la ley. Si surgiera un reclamo por parte de NJ SNAP en contra de su hogar, la información que se encuentra en esta solicitud, incluidos todos los SSN, puede ser derivada a agencias federales y estatales, así como a agencias de cobro de reclamos, para tomar medidas con respecto a dicho reclamo. La presentación de la información solicitada, incluidos los SSN de cada miembro del hogar, es voluntaria para los fines de NJ SNAP. Sin embargo, si no se proporciona esta información, se rechazará la solicitud de beneficios del NJ SNAP o WFNJ para su hogar.



Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento <hr/> Lugar de nacimiento	Relación con el solicitante	Sexo (F) o (M)	Raza/Origen étnico	Estado de inmigrante legal/BCIS	Estado civil	Grado y escuela	
Otro solicitante									PA
Apellido									NJ SNAP
Nombre Inicial del segundo nombre									
<b>Para uso de la oficina solamente</b>									
Otro solicitante									PA
Apellido									NJ SNAP
Nombre Inicial del segundo nombre									
<b>Para uso de la oficina solamente</b>									
Otro solicitante									PA
Apellido									NJ SNAP
Nombre Inicial del segundo nombre									
<b>Para uso de la oficina solamente</b>									
Otro solicitante									PA
Apellido									NJ SNAP
Nombre Inicial del segundo nombre									
<b>Para uso de la oficina solamente</b>									

16. Mencione los nombres de los inmigrantes/no ciudadanos que viven en su hogar.

NOMBRE	FECHA DE ENTRADA/PAÍS DE ORIGEN	N.º DE REGISTRO	NOMBRE DEL PATROCINADOR/ AGENCIA DE REUBICACIÓN	DIRECCIÓN DEL PATROCINADOR/ AGENCIA DE REUBICACIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE CIUDADANÍA	INGRESOS DEL PATROCINADOR

17. Mencione otras personas que vivan en el hogar y no se hayan mencionado antes (incluidos inquilinos/huéspedes).

NOMBRE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

17a. Mencione una persona como contacto de emergencia (**solo para casos de GA**) \_\_\_\_\_.

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_.

18. Nombre de la futura madre \_\_\_\_\_ Fecha estimada de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Dirección del médico \_\_\_\_\_

19. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? \_\_\_\_\_

20. ¿Usted u algún miembro del hogar del solicitante recibe o recibió TANF, GA, SNAP o SSI en New Jersey o en algún otro estado o territorio desde abril de 1997?			[ ] Sí [ ] No
Persona que recibe asistencia	Tipo de asistencia	Cuándo	Proveedor de asistencia

21. ¿Es usted o algún miembro de su hogar un delincuente prófugo o está infringiendo el régimen de libertad condicional o libertad bajo palabra impuesto por un tribunal federal o estatal?		[ ] Sí [ ] No
Formulario para persona prófuga o en infracción	Huye de	

22. ¿Usted u otro miembro de su hogar fue condenado por recibir de manera fraudulenta beneficios en función de los ingresos en dos o más lugares al mismo tiempo?			[ ] Sí [ ] No
Persona condenada por fraude	Dónde ocurrió el fraude	Cuándo	Qué beneficios

23. Desde el 22 de agosto de 1996, ¿usted o algún miembro del hogar del solicitante fue condenado por distribución, posesión o uso de una sustancia controlada, lo que constituye un delito imputable? <b>Solo se aplica a la GA.</b>			[ ] Sí [ ] No
Persona que cometió el delito	Tipo de delito	Dónde se cometió el delito	

24. Si usted fue condenado por posesión o uso de una sustancia controlada, que es un delito imputable, ¿se inscribió o completó un programa de tratamiento residencial por abuso de sustancias aprobado o certificado por el Departamento de Servicios de Salud y Servicios para Ancianos?		[ ] Sí [ ] No
Persona que recibe tratamiento	Centro de tratamiento	Fecha de tratamiento

24.a. Si no se inscribió o no completó un programa de tratamiento residencial por abuso de sustancias autorizado o aprobado por el Departamento de Servicios de Salud y Servicios para Ancianos, ¿cuál es el motivo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. ¿Alguna de las personas que viven en su hogar ha renunciado voluntariamente a algún trabajo?

En los últimos 90 días, para WFNJ  SÍ  NO Si la respuesta es SÍ, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 En los últimos 60 días, para NJ SNAP  SÍ  NO Si la respuesta es SÍ, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es SÍ, ¿por qué? \_\_\_\_\_

26. ¿Alguna de las personas que viven en su hogar está en huelga?  SÍ  NO  
 Si la respuesta es SÍ, ¿quién? \_\_\_\_\_

27. ¿Cuál fue la última fecha de empleo? \_\_\_\_\_

27.a. ¿Qué ha estado haciendo desde su último empleo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

28. Solo para los fines de WFNJ, mencione todos los empleos de los últimos 3 años de cada persona que solicite asistencia y comience con el empleo más reciente.

Nombre	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Fecha de inicio	Fecha de finalización

29. ¿Algún miembro del hogar del solicitante prevé algún cambio en las circunstancias en el futuro cercano, como un cambio en los ingresos, el tamaño de la familia, la residencia, los gastos de vivienda, o la compra o venta de un automóvil?  
 SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", ¿qué cambios? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

30. **INGRESOS GANADOS:** ¿Recibe usted o alguna de las personas que viven con usted dinero por un trabajo, cuidado de niños, su propio negocio, trabajos ocasionales, ventas o cualquier otro ingreso?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", proporcione la siguiente información para cada persona:

APELLIDO NOMBRE					
HORAS POR SEMANA					
CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE UN PAGO					
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR, O DATOS PROPIOS SI ES EMPLEADO AUTÓNOMO					
PAGO (ANTES DE LAS DEDUCCIONES PAGADAS) CANTIDADES BRUTAS Y FECHAS	FECHA	CANTIDAD	FECHA	CANTIDAD	FECHA CANTIDAD

**31. CUIDADO INFANTIL/DE ADULTOS:** ¿Alguien incluido en los beneficios de bienestar social o de NJ SNAP de su hogar pagó por cuidado infantil o de adultos debido a un trabajo, asistencia a la escuela o búsqueda de empleo?  SÍ  NO Si la respuesta es “SÍ”, ¿quién recibió cuidado? (Mencione a continuación).

NOMBRE DEL NIÑO/ADULTO	CUIDADO PROPORCIONADO POR (PERSONA)	DÍAS POR SEMANA	TASA POR HORA	CANTIDAD TOTAL DE DÍAS	CANTIDAD REAL PAGADA/POR QUIÉN

**VERIFICACIONES**

**32. PENSIÓN INFANTIL:** ¿Está usted legalmente obligado a pagar o proporcionar una pensión infantil a un niño que no vive en su hogar?  SÍ  NO Si la respuesta es “SÍ”, complete la siguiente información: (Incluya los pagos por moras en la pensión infantil, siempre que esté legalmente obligado a pagarlas).

A QUIÉN	DIRECCIÓN	EDAD DEL NIÑO	CANTIDAD MENSUAL PAGADA/PROP ORCIONADA	NÚMERO DE ORDEN JUDICIAL

**33. SEGURO MÉDICO:** ¿Quién tiene cobertura de un seguro médico? **SI NADIE, MARQUE AQUÍ ( )**.

APELLIDO, NOMBRE	EMPRESA ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA	TITULAR DE LA PÓLIZA

**34.** ¿Tiene un cónyuge ausente con cobertura de seguro médico o de salud para usted?  SÍ  NO Si la respuesta es “SÍ”, ¿qué seguro?

\_\_\_\_\_

**35.** ¿Hay algún padre ausente que tenga cobertura de seguro médico o de salud para cualquiera de los niños para los que solicita esta asistencia?  SÍ  NO Si la respuesta es “SÍ”, ¿qué seguro y para quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**36.** ¿Usted o algún miembro de su hogar solicitó otros programas de Medicaid? Si la respuesta es “SÍ”, ¿qué programa?

\_\_\_\_\_. Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_.

**37. OTROS INGRESOS:** ¿Usted o alguna persona incluida en sus beneficios de bienestar social o de NJ SNAP (incluidos padrastros) recibe o solicitó alguno de los siguientes ingresos? **SÍ** \_\_\_ **NO** \_\_\_ **SI LA RESPUESTA ES SÍ, MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.**

Seguro por desempleo	Ingresos por alquiler de propiedad	Indemnización laboral
Beneficios para veteranos de guerra	Ingresos de inquilinos o huéspedes	Beneficios de sindicatos/pensiones
Seguro Social/jubilación ferroviaria	Ingresos de parientes, amigos, alojamientos o sindicatos	Pensión infantil
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	Reembolso de impuestos sobre los ingresos o crédito por ingresos obtenidos	Cheque de asignación de soldado
Pagos por incapacidad	Pagos por hogar de crianza temporal	Asistencia General
Adopción subsidiada	Fideicomiso	Asignación para capacitación
Intereses/dividendos de acciones, bonos, cuentas bancarias, etc.	Pagos globales (de beneficios retroactivos, dinero de demandas, etc.)	Préstamos estudiantiles, subvenciones, becas o estipendios
Beneficios de renta vitalicia (incluye los dividendos por seguro de vida)	Regalos, ganancias o ingresos globales	Apoyo laboral complementario
Apoyo para la permanencia en el cuidado de parientes de la División de Protección y Permanencia Infantil (DCP&P)	Programas de subsidios para la tutela legal de la DCP&P	Otros ingresos, como pensiones alimenticias (especifique):

Proporcione la siguiente información para los elementos antes marcados:

Apellido, nombre	Fuente de ingresos	Fecha en que se recibieron	Cantidad total

**VERIFICACIONES**

**38. RECURSOS: (Se aplica para hogares con NJ SNAP que no son elegibles para elegibilidad categórica expandida).**  
 ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted poseen dinero en efectivo, cuenta corriente o de ahorros, acciones, bonos, certificados de depósitos, IRA/Keogh, fondos mutuos, fondos fiduciarios, bonos de ahorros de los EE. UU., cuenta de ahorros de Navidad/vacaciones u otros clubes, membresía de una cooperativa de crédito, dinero u objetos de valor guardados en una caja de seguridad, pagarés o contratos de valor, propiedad sobre hipotecas u otros recursos? **[ ] SÍ [ ] NO**

Persona propietaria del recurso	¿Cuál es el recurso?	¿Dónde se encuentra el recurso?	¿Cuánto vale el recurso?

**VERIFICACIONES**



39. Mencione todos los vehículos que pertenezcan a las personas que habitan en el hogar del solicitante. Incluya todos los tipos de transporte, como automóviles, furgonetas, remolques, camionetas, acoplados, casas rodantes, motocicletas, botes, etc. **SI NO HAY NINGUNO, MARQUE AQUÍ ( )**.

Nombre del propietario	Modelo/estilo	Año/marca	Uso	Valor según Kelley Blue Book

40. ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted posee tierras o algún inmueble que no sea la casa en la que viven?  
 SÍ  NO  
 Si la respuesta es "SÍ", explique: \_\_\_\_\_

41. ¿Alguien intercambió, regaló, transfirió o vendió bienes inmuebles o personales (incluidas acciones)? Para los fines de TANF y GA, ¿dentro de los últimos 12 meses?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Para los fines de NJ SNAP, ¿dentro de los últimos 3 meses?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Qué fue lo que se vendió, regaló, etc.?	¿Quién lo hizo?	¿A quién?	Fecha del regalo o la venta	Valor total de mercado	Cantidad recibida

42. ¿Usted o alguna de las personas incluidas en el hogar del solicitante tiene algún reclamo pendiente, como demandas, procesos de divorcio, acuerdos, herencias, demandas por accidentes, venta de propiedades u otros reclamos? ¿Alguien le debe dinero a usted o a algunas de esas personas?  SÍ  NO  
 Si la respuesta es "SÍ", explique: \_\_\_\_\_

**FECHA EN QUE SE COMPLETÓ EL FORMULARIO WFNJ-10D** \_\_\_\_\_. (No se aplica a los clientes que solo tienen NJ SNAP).

43. ¿Alguno de los habitantes del hogar del solicitante posee alguno de los siguientes? (No se aplica a NJ SNAP).

(a) Propiedad total o parcial sobre bienes personales valiosos, como joyas, colecciones de monedas/estampillas, pieles, etc.  
 SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", explique \_\_\_\_\_

(b) Una parcela en un cementerio o un arreglo de sepelio  SÍ  NO  
 Si la respuesta es "SÍ", indique el VALOR \_\_\_\_\_

**NJ SNAP Y GA**

**INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA:** Debe completar esta sección si el grupo familiar solicita participación en el Programa NJ SNAP o GA.

44. ¿Alguna persona fuera de su hogar paga o ayuda con los pagos de cualquier gasto del hogar?  SÍ  NO  
 Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:

TIPO DE GASTO DE VIVIENDA	A QUIÉN SE LE PAGA	PAGADO POR	CANTIDAD PAGADA	FRECUENCIA DE FACTURACIÓN

**45. COSTOS DE LA VIVIENDA** (Mencione los gastos del hogar para lo siguiente).**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

GASTO DE VIVIENDA	CANTIDAD PAGADA	FRECUENCIA FACTURACIÓN	DE	COSTO MENSUAL		
Alquiler/hipoteca	\$			\$	Si se usa HCSUA	
Impuestos de la propiedad	\$			\$		
Seguro sobre la vivienda	\$			\$		
<b>SUBTOTAL DE LA VIVIENDA</b>				\$		
Electricidad	\$			\$	HCSUA	
Gas	\$			\$		
Gasoil	\$			\$		
Agua	\$			\$		
Saneamiento	\$			\$		
Recolección de basura	\$			\$		
Costo de instalación de servicios públicos	\$			\$		
Otros (carbón, leña, queroseno)	\$			\$		
<b>SUBTOTAL DE SERVICIOS PÚBLICOS</b>				\$		o
46A. ¿Paga por servicios para calefacción o refrigeración de su casa (aparte del alquiler)? [ ] SÍ [ ] NO				\$		o
46B. Si su grupo familiar es responsable del pago de servicios públicos aparte de agua, saneamiento y recolección de basura, puede calificar para recibir un subsidio para servicios públicos de calefacción o estándar.						
				<b>MENSUAL. TOTAL. VIVIENDA FECHA DE OPCIÓN SELECCIONADA</b>		

**47. GASTOS MÉDICOS EXCEDENTES**

¿Alguna de las personas que viven en su hogar tiene 60 años o más, o tiene una certificación para recibir pagos de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) federal, el Seguro Social por Incapacidad o el Departamento de Asuntos de Veteranos? [ ] SÍ [ ] NO Si la respuesta es "SÍ", complete la siguiente sección. Si la respuesta es "NO", continúe en la página 12. Los gastos médicos pueden incluir cantidades que se hayan facturado, incluso si no ha pagado aún la factura médica.

				<b>PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE</b>			
Además de los gastos médicos habituales, mencione otros servicios médicos que pueda haber solicitado.	Cantidad pagada	Frecuencia de facturación	Total mensual	VERIFICAR LA RECEPCIÓN DEL SSI  PARTICIPACIÓN FEDERAL  SSA y SSI que figuran en la página 6			
Servicios médicos y dentales	\$		\$				
Atención hospitalaria o de enfermería	\$		\$				
Medicamentos recetados por un médico	\$		\$				
Dentaduras, audífonos y anteojos	\$		\$				
Costos de transporte para obtener atención médica	\$		\$				
Servicios de un acompañante o enfermero	\$		\$				
Otros (explique)	\$		\$				
47A. Mencione los nombres de los miembros de su hogar que incurran en estos gastos:			<b>TOTAL</b>				

47B. ¿Alguno de los gastos médicos antes mencionados son pagados, parcial o totalmente, o reembolsados por otra fuente fuera de su hogar, como un seguro médico, Medicare, Asistencia Farmacéutica para Discapacitados y Adultos Mayores (PAAD) u otra persona?

[ ] SÍ [ ] NO Si la respuesta es "SÍ", ¿qué gastos paga esta fuente externa? ¿Cuánta paga esta fuente externa?

---



---



---

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE****WORK FIRST NEW JERSEY O REGISTRO DE TRABAJO DE NJ SNAP**

NOMBRES (TODOS MAYORES DE 16)	CÓDIGO WFNJ EXENTO	FECHA DE WFNJ OBLIGATORIO	FECHA DE WFNJ VOLUNTARIO	FECHA DE REMISIÓN	CÓDIGO DE EXENCIÓN DE TRABAJO DE NJ SNAP	FECHA DE REG.

**48. ASISTENCIA PARA LA ENERGÍA EN HOGARES**

La respuesta que proporcione para la siguiente pregunta se utilizará para determinar la elegibilidad para la Asistencia para la Energía en Hogares (HEA) y la cantidad de beneficios de la HEA. Utilice la lista que se encuentra a continuación para indicar la opción que mejor describa la situación de su vivienda/calefacción.

- ( ) Mi calefacción es pagada por terceros. **(A)** **CÓDIGO DE HEA:** \_\_\_\_\_
- ( ) Obtengo mi calefacción del Departamento de Viviendas Públicas o recibo un subsidio en mi alquiler, por lo que la calefacción está incluida. **(C)**
- ( ) Pago solo por una fuente de calefacción secundaria (como una estufa de leña, un calentador de queroseno, un calentador ambiental eléctrico, etc.). **(E)**
- ( ) Comparto los costos de la calefacción con otros. **(F)**
- ( ) La calefacción está incluida en mi alquiler, el cual no está subsidiado. **(G)**
- ( ) Pago un cargo aparte a mi arrendador por la calefacción. **(W)**

Le pago directamente a mi proveedor de combustible por la fuente primaria de calefacción de mi hogar o departamento. Mi fuente de calefacción es la siguiente:

- |                             |                            |   |
|-----------------------------|----------------------------|---|
| ( ) gasoil <b>(J)</b>       | ( ) queroseno <b>(M)</b>   | ( ) leña <b>(R)</b>                                       |
| ( ) electricidad <b>(K)</b> | ( ) gas natural <b>(N)</b> |   |
| ( ) gas envasado <b>(L)</b> | ( ) carbón <b>(P)</b>      | ( ) No deseo recibir los beneficios de la HEA. <b>(T)</b> |

**AVISO IMPORTANTE**

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ESTARÁ SUJETA A LA VERIFICACIÓN DE FUNCIONARIOS FEDERALES, ESTATALES O DEL CONDADO. SI ALGUNO DE LOS DATOS ES INCORRECTO, ES POSIBLE QUE SE LE NIEGUEN LOS BENEFICIOS DE NJ SNAP O QUE ESTÉ SUJETO A UN PROCESO PENAL POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA DELIBERADAMENTE.

Para poder cumplir con la Sección 206.10(a)(iii) del Título 45 y con la Sección 273.2(b) del Título 7 del Código de Regulaciones Federales (CFR), le notificamos que la información sobre ingresos y elegibilidad para BCIS, agencias locales y estatales de pensión infantil, los archivos de salarios y beneficios del Seguro Social, y los archivos de desempleo y salarios estatales se obtendrán por medio de su(s) número(s) de Seguro Social y se utilizarán para determinar la continuidad de su elegibilidad. Esto puede incluir que nos comuniquemos con su empleador, banco u otra parte.

LAS SANCIONES QUE SE MENCIONAN A CONTINUACIÓN SE APLICAN A LO SIGUIENTE:

TODO BENEFICIARIO DE NJ SNAP QUE INTENCIONALMENTE VIOLE ALGUNA DE LAS NORMAS MENCIONADAS EN LA SOLICITUD, O

TODA PERSONA QUE SOLICITE O RECIBA BENEFICIOS DE NJ SNAP A LOS QUE NO TENGA DERECHO POR HABER HECHO LO SIGUIENTE DE MANERA INTENCIONAL:

- HABER REALIZADO UNA DECLARACIÓN FALSA O DISTORSIONADA.
- HABER OCULTADO U OMITIDO DATOS
- HABER REALIZADO CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA UNA VIOLACIÓN DE LA LEY DE CUPONES PARA ALIMENTOS, LOS REGLAMENTOS DEL PROGRAMA DE NJ SNAP O CUALQUIER LEY ESTATAL RELACIONADA CON EL USO, LA PRESENTACIÓN, LA TRANSFERENCIA, LA ADQUISICIÓN, LA RECEPCIÓN O LA POSESIÓN DE BENEFICIOS DE NJ SNAP O DISPOSITIVOS DE ACCESO (COMO LAS TARJETAS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS [EBT] DE FAMILIES FIRST).

**SANCIONES**

LAS SANCIONES POR VIOLAR INTENCIONALMENTE LAS NORMAS DE SNAP INCLUYEN UNA DESCALIFICACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA SNAP DURANTE LOS SIGUIENTES PERÍODOS:

- 12 MESES si se trata del primer delito.
- 24 MESES si se trata de un segundo delito, O si se trata de la primera condena del tribunal por intercambiar los beneficios de SNAP por una sustancia controlada.
- 10 AÑOS por mentir o tergiversar información sobre la identidad o la residencia de una persona que recibe múltiples beneficios de SNAP al mismo tiempo.
- DE FORMA PERMANENTE si se trata de un tercer delito, O si se trata de la segunda condena de un tribunal por intercambiar beneficios de SNAP por una sustancia controlada, O si se trata de una condena de un tribunal por vender/intercambiar beneficios de SNAP equivalentes a \$500 o más, O si se trata de una condena de un tribunal por intercambiar beneficios de NJ SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos.

\* EL TRIBUNAL PODRÍA IMPONER UN PERÍODO ADICIONAL DE 18 MESES DE SUSPENSIÓN (CONSECUTIVO A ESTE PERÍODO) PARA CUALQUIER PERSONA QUE HAYA SIDO CONDENADA POR UN DELITO GRAVE O UNA INFRACCIÓN MENOR.

EL INFRACTOR PUEDE RECIBIR UNA MULTA DE HASTA \$250,000, UNA CONDENA DE PRISIÓN DE HASTA 20 AÑOS, O AMBAS, Y PUEDE ESTAR SUJETO A UN PROCESAMIENTO JUDICIAL CONFORME A OTRAS LEYES FEDERALES APLICABLES.

ADEMÁS, LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR DEBERÁN DEVOLVER EL DINERO POR LOS BENEFICIOS DE NJ SNAP QUE EL HOGAR HAYA RECIBIDO Y QUE NO LE CORRESPONDAN.

LAS LEYES PÚBLICAS 103-66 Y 104-193 ESTABLECEN SANCIONES PARA LAS PERSONAS QUE SEAN DECLARADAS CULPABLES DE LO SIGUIENTE EN UN TRIBUNAL LOCAL, ESTATAL O FEDERAL:

- 1) INTERCAMBIAR BENEFICIOS DE NJ SNAP POR ARMAS DE FUEGO, MUNICIONES, EXPLOSIVOS O SUSTANCIAS CONTROLADAS.
- 2) USAR, TRANSFERIR, ADQUIRIR O POSEER BENEFICIOS DE NJ SNAP, MEDIANTE EL USO DE TARJETAS EBT DE FAMILIES FIRST, O PRESENTAR BENEFICIOS DE NJ SNAP COMO PAGO SABRIENDO QUE FUERON OBTENIDOS O TRANSFERIDOS DE MANERA FRAUDULENTE, SI EL VALOR ES DE \$500 O MÁS.

**ADVERTENCIA DE SANCIONES**

NO oculte ni proporcione información falsa para solicitar, recibir o continuar recibiendo beneficios de NJ SNAP.

NO proporcione ni venda beneficios ni acceso a NJ SNAP a través del uso de tarjetas EBT de Families First a ninguna persona que no esté autorizada a utilizarlos para su hogar.

NO utilice ninguno de los beneficios de NJ SNAP para comprar artículos no elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco, ni para pagar alimentos que se hayan comprado con crédito.

NO utilice ningún beneficio de NJ SNAP que su hogar no tenga derecho a recibir.

NO engañe ni forme parte de ningún acto deshonesto para obtener beneficios de NJ SNAP que su hogar no tenga derecho a recibir.

NO transfiera recursos a una persona que no viva en su hogar para solicitar y recibir beneficios de NJ SNAP.

Entiendo todas las preguntas que aparecen en esta solicitud. Mis respuestas son correctas y están completas a mi leal saber y entender. Comprendo que debo ser entrevistado y que debo cooperar con la oficina de NJ SNAP. Entiendo las advertencias de sanciones. Comprendo que es posible que deba proporcionar documentos para demostrar lo que he indicado. Acepto todo lo antedicho. Si los documentos no están disponibles, acepto proporcionar el nombre de una persona u organización con la que la oficina de NJ SNAP pueda comunicarse para obtener las pruebas necesarias. Entiendo que, si no he informado ingresos ganados, entonces debo informar sobre cualquier cambio en los ingresos no ganados de más de \$50.00 o el recibo de los ingresos ganados dentro de los 10 días desde la fecha de mi primer sueldo. Comprendo que si no tengo ningún ingreso ganado, debo declarar todo cambio en la composición familiar (incluida la condición de estudiante), cambios de residencia y el cambio resultante en los costos de vivienda, cambios en mi obligación legal de pagar o proporcionar pensión infantil, un cambio en la cantidad que proporciono como pensión infantil si tengo un registro de menos de 3 meses de pago y si el cambio es superior a \$50.00, la compra de un vehículo o un incremento en los recursos de mi hogar (cuenta de cheques y cuenta de ahorros, efectivo en mano, acciones o pagos globales, todo efectivo que derive de la venta o cambio de un vehículo) si alcanza o supera mi límite máximo de recursos. Entiendo que, si informo ingresos ganados, o si me encuentro en un período de informes de seis meses, solo estoy obligado a informar un cambio en mis ingresos mensuales totales que excedan el 130% del límite del nivel de pobreza federal. Entiendo que debo informar sobre las ganancias de la lotería o de juegos de azar de la familia superiores a \$3,500 que pueden descalificar al hogar para recibir SNAP. El trabajador asignado a mi caso me proporcionará una notificación de dicho límite. También comprendo que puedo solicitar una audiencia imparcial de la decisión tomada con respecto a mi solicitud de beneficios de NJ SNAP. Si necesito más información sobre los beneficios de NJ SNAP, puedo comunicarme con la oficina de NJ SNAP del condado.

Entiendo que yo, o mi representante, podemos solicitar una audiencia imparcial, ya sea de forma oral o por escrito, si no estoy de acuerdo con alguna de las medidas tomadas en mi caso. Mi caso puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona que yo elija.

**PARTICIPANTES OBLIGATORIOS DE ACTIVIDADES DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN DE NJ SNAP**

Determinados miembros del hogar que reciben NJ SNAP, a menos que estén específicamente exentos, deben registrarse y participar en las actividades de empleo y capacitación. Los participantes obligatorios que no cumplan con los requisitos de trabajo estarán sujetos a recibir las siguientes sanciones:

- 1) La primera infracción tendrá como resultado una descalificación mínima de 1 mes.
- 2) La segunda infracción tendrá como resultado una descalificación mínima de 3 meses.
- 3) La tercera infracción y aquellas posteriores tendrán como resultado una descalificación mínima de 6 meses.

**ESTADO DE INMIGRANTE LEGAL/CIUDADANO DE LOS EE. UU. (PARA LOS FINES DE LOS PROGRAMAS NJ SNAP Y WFNJ)**

Por cada persona que no sea ciudadana estadounidense, deberá presentar ante la oficina de la agencia de bienestar social del condado la documentación de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (BCIS) u otros documentos que la agencia estatal determine necesarios como evidencia de su estado de inmigrante. El estado de inmigrante puede estar sujeto a la verificación de la BCIS, que solicitará la presentación de cierta información de este formulario de solicitud. La información que recibamos de la BCIS puede afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios. Usted debe certificar que cada miembro del hogar es ciudadano estadounidense o que vive en EE. UU. en estado de inmigración legal.

**ANTES DE FIRMAR, LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES. SI NO ENTIENDE  
O TIENE ALGUNA PREGUNTA, NO DUDE EN CONSULTARNOS.**

- ❖ Yo (nosotros) acepto (aceptamos) que las declaraciones que he (hemos) hecho en este formulario son verdaderas y están completas, a mi (nuestro) leal saber y entender. Yo (nosotros) sé (sabemos) que mentir sobre mi (nuestra) situación, no proporcionar la información necesaria o hacer que otros oculten información son violaciones de la ley y pueden hacer que esté (estemos) sujeto(s) a un procesamiento penal.
- ❖ Entiendo (entendemos) que cualquier información que proporcione (proporcionemos) está sujeta a verificación por parte de la Agencia de Bienestar Social del Condado o la División de Desarrollo Familiar.
- ❖ Por medio de la presente, autorizo (autorizamos) a la Agencia de Bienestar Social del Condado o a la División de Desarrollo Familiar a comunicarse con cualquier persona u otra fuente que pueda tener conocimiento sobre mis (nuestras) circunstancias (incluye al Servicio de Impuestos Internos [IRS], las agencias locales y estatales de pensión infantil, los archivos de salarios y beneficios del Seguro Social, los archivos de desempleo y salarios estatales, los servicios de informes crediticios, así como empleadores, bancos y otras partes) con el único fin de verificar las declaraciones realizadas por mí (nosotros). Entiendo (entendemos) que cualquier información obtenida sobre ingresos y elegibilidad puede utilizarse para determinar la continuidad de mi (nuestra) elegibilidad.
- ❖ Comprendo (comprendemos) que, conforme a la Ley de Work First New Jersey, Ley Pública de 1997 c.13, c.14, c.37 y c.38, la solicitud de asistencia pública incluirá a todos los futuros miembros en la unidad de presupuesto requerida para ser incluidos, ya sea por nacimiento, adopción o por comenzar a vivir con la unidad de presupuesto después de la fecha de la solicitud original.
- ❖ Sé (sabemos) que cualquier información que proporcione (proporcionemos) se utilizará en conexión con mi (nuestra) solicitud de asistencia pública, beneficios de NJ SNAP, beneficios de asistencia para la energía en hogares, beneficios del Fondo Universal de Servicios y otros beneficios para los que pueda (podamos) ser elegible(s).
- ❖ Entiendo (entendemos) que, si esta solicitud es aceptada para la categoría WFNJ, yo (nosotros) y todos los miembros de mi (nuestro) hogar estarán inscritos en One Stop Career Center de New Jersey y puedo (podemos) estar obligado(s) a participar en actividades de educación, formación y evaluación vocacional, y en actividades de colocación laboral.
- ❖ Entiendo (entendemos) que todos los pagos de asistencia para la energía en hogares están sujetos a la disponibilidad de los fondos federales.
- ❖ Entiendo (entendemos) que todos los pagos de asistencia para la energía en hogares que se realicen son para la compra de energía para calefacción/refrigerar.
- ❖ He (hemos) recibido y me (nos) explicaron, de ser necesario, información con respecto a mis (nuestros) derechos y responsabilidades. (Consulte el Manual de WFNJ).
- ❖ Acepto (aceptamos) comunicarle inmediatamente a la Agencia de Bienestar Social del Condado acerca de cualquier cambio en las condiciones de vida, la situación familiar o el dinero recibido (excepto en caso de los ingresos ganados sujetos a requisitos de informes de seis meses) de cualquier fuente, incluidas las ganancias de lotería o de juegos de azar, cuando corresponda. (Consulte el Manual de WFNJ).
- ❖ Entiendo (entendemos) que yo (nosotros) o mi (nuestro) representante podemos solicitar una audiencia imparcial, de forma oral o por escrito, si no estoy (estamos) satisfecho(s) con alguna de las medidas tomadas por la Agencia de Bienestar Social del Condado. Mi (nuestro) caso puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona que yo (nosotros) elija (elijamos).
- ❖ Entiendo (entendemos) que, al firmar esta solicitud solo para los fines de WFNJ, le asigno (asignamos) a la Agencia de Bienestar Social del Condado el derecho al apoyo, incluida cualquier mora incurrida, de cualquier otra persona para conmigo o cualquier miembro de la familia para quien estoy (estamos) solicitando recibir ayuda.

\* Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, incapacidad, edad, sexo y, en ciertos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA) también prohíbe la discriminación por raza, color, nacionalidad, sexo, religión, incapacidad, edad, creencias políticas, o la represalia por la participación en actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad que haya llevado o financiado el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para comprender la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que sean sordas o tengan discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede ofrecerse en otros idiomas además de inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el [Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA](#) (AD-3027) que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por los siguientes medios:

- (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Fax: (202) 690-7442
- (3) Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Para obtener cualquier otra información sobre el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), debe comunicarse con el número de la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, disponible también en español, o llamar a los [números de línea directa/información estatal](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado); puede encontrarlos en línea en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., escriba a la siguiente dirección: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**COMPLETAR**  
**ANTES DE**  
**FIRMAR**

Yo (nosotros) he (hemos) leído el Aviso Importante de la página 10 de este formulario que hace referencia a las advertencias de sanciones del programa NJ SNAP y al estado de inmigrante legal/ciudadano. ( ) SÍ ( ) NO

- ❖ Doy (damos) fe de que he (hemos) leído y aceptamos estas declaraciones y entendemos plenamente que la Agencia de Bienestar Social confía en la veracidad y la precisión de mis (nuestras) declaraciones.
- ❖ Certifico (certificamos), bajo penalización de falso testimonio, al firmar con mi (nuestros) nombre(s) a continuación, que yo (nosotros) y todos los miembros del hogar para quienes solicito (solicitamos) beneficios de NJ SNAP somos ciudadanos estadounidenses o inmigrantes en estado de inmigración legal.
- ❖ Certifico (certificamos), bajo penalización de falso testimonio, que mis (nuestras) respuestas con respecto a la solicitud de los programas NJ SNAP o WFNJ son correctas y están completas, a mi (nuestro) leal saber y entender.
- ❖ He (hemos) recibido una orientación sobre los requisitos de trabajo de WFNJ por parte del representante de la agencia, si corresponde.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SUSCRITO Y DECLARADO ANTE MÍ**

\_\_\_\_\_  
Firma del cosolicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

A los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Representante de la agencia)

## **AVISO IMPORTANTE EXENCIÓN DE DEDUCCIÓN DE INGRESOS DEL NJ SNAP**

**SI NO INFORMA O VERIFICA NINGUNO DE LOS SIGUIENTES GASTOS QUE PAGAN USTED O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR, CONSIDERAREMOS QUE USTED NO DESEA RECIBIR UNA DEDUCCIÓN DE INGRESOS PARA ESOS GASTOS NO INFORMADOS.**

- UN GASTO DE CUIDADO DE DEPENDIENTES, SI USTED PAGA POR EL CUIDADO DE UN NIÑO U OTRO DEPENDIENTE PARA QUE UN MIEMBRO DEL HOGAR PUEDA TRABAJAR, BUSCAR EMPLEO, O ASISTIR A UNA CAPACITACIÓN O A CLASES EDUCATIVAS PARA PODER PREPARARSE PARA UN EMPLEO.
- UN GASTO MÉDICO O DENTAL NO REEMBOLSADO, INCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS RECETADOS, EL SEGURO DE SALUD O POR HOSPITALIZACIÓN, LOS ANTEOJOS O EL CUIDADO DE UN ACOMPAÑANTE.
- EL PAGO DE UNA PENSIÓN INFANTIL QUE REALIZA UN MIEMBRO DEL HOGAR POR OBLIGACIÓN LEGAL, INCLUIDOS LOS PAGOS EN MORA.
- UN GASTO DE VIVIENDA, COMO EL ALQUILER, LOS SERVICIOS PÚBLICOS (INCLUIDOS LOS GASTOS DE INSTALACIÓN), LOS IMPUESTOS SOBRE LA PROPIEDAD, EL SEGURO DE PROPIETARIO DE VIVIENDA Y LOS GASTOS DE REPARACIONES PARA SU HOGAR DEBIDO A ALGÚN DESASTRE NATURAL.

INCLUSO SI NO NOS INFORMA (O VERIFICA) QUE ESTÁ INCURRIENDO EN ALGUNO DE ESTOS GASTOS CUANDO SOLICITE INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA NJ SNAP, ES POSIBLE QUE DE TODOS MODOS RECIBA UNA DEDUCCIÓN DE INGRESOS EN EL FUTURO SI NOS INFORMA (O VERIFICA) QUE ESTÁ PAGANDO ALGUNO DE ESTOS GASTOS. LA DEDUCCIÓN NO SERÁ RETROACTIVA POR LOS MESES EN LOS QUE NO NOS INFORMÓ QUE ESTABA PAGANDO ESTOS GASTOS.

**FIRMA DE LA AUTORIDAD DEL HOGAR**

\_\_\_\_\_

**FECHA DE HOY**

\_\_\_\_\_