

* MIEMBROS DE SU HOGAR

(INCLUYASE USTED MISMO Y CUALQUIER OTRA PERSONA QUE VIVA CON USTED INCLUSO PADRASTROS).

| FS MEM NUM | COIN MEM NUM | APELLIDO, NOMBRE, INICIAL | PAREN- TESCO CON UD | NUMERO SEGURO SOCIAL | SEXO M/F | FECHA DE NACIMIENTO | CARETAKER RELATIVE | FS WK REG CD | 80K CODE | BETS GRANT CD | BETS STATUS CD | EDAD | GRADO ESCOLAR MAS ALTO QUE COMPLETE | ¿INSCRITO EN EL PROGRAMA HEAD START? |
|------------|--------------|---------------------------|---------------------|----------------------|----------|---------------------|--------------------|--------------|----------|---------------|----------------|------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| | | 1. | USTED MISMO | | | | | | | | | | | |
| | | 2. | | | | | | | | | | | | |
| | | 3. | | | | | | | | | | | | |
| | | 4. | | | | | | | | | | | | |
| | | 5. | | | | | | | | | | | | |
| | | 6. | | | | | | | | | | | | |
| | | 7. | | | | | | | | | | | | |
| | | 8. | | | | | | | | | | | | |
| | | 9. | | | | | | | | | | | | |
| | | 10. | | | | | | | | | | | | |

SI ALGUIEN EN ESTA SOLICITUD ESTA EMBARAZADA, INDIQUE EL NOMBRE Y LA FECHA DEL PARTO. POR FAVOR, COMPLETE TAMBIÉN LA SECCIÓN DE GASTOS MEDICOS EN LA PAGINA 12 DE ESTA SOLICITUD.

Member # _____
 NOMBRE DE LA PERSONA EMBARAZADA _____ FECHA DEL PARTO _____

QUISIERA ASISTENCIA PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS PARA MI (SI ES MENOR DE 21 AÑOS) O PARA MIS HIJOS. SÍ NO SI RESPONDIÓ SÍ, MARCA TODAS LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES.

CUIDADO PRENATAL CHEQUEOS MEDICOS VACUNAS PARA BEBES
 CUIDADO PARA ENFERMOS O MEDICINAS CHEQUEOS DENTALES
 EXAMEN DE LA VISTA O DE LOS OJOS EXAMEN DE LOS OÍDOS
 WIC BENEFICIOS ALIMENTICIOS ADICIONALES

Referral

INFORMACIÓN DE VETERANOS (QUIÉN SIRVIÓ EN EL EJERCITO DE LOS E.E.U.U.)

¿USTED O ALGUN OTRO MIEMBRO DE SU FAMILIA SON VETERANOS, DEUDOS O DEPENDIENTES DE UN VETERANO?

SÍ NO
 SI RESPONDIÓ SÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:
 NOMBRE DEL VETERANO : _____

NÚMERO DE REGISTRO DE VETERANO: _____ PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

*** MIEMBROS DE SU HOGAR (Continuación)**

† USTED DECIDE PROPORCIONAR O NO DATOS ACERCA DE SU ORIGEN ÉTNICO. EL NO REPONDER A LAS PREGUNTAS ACERCA DE SU ORIGEN ÉTNICO NO AFECTARÁ SUS BENEFICIOS.

| ¿ASISTE A LA ESCUELA O PROGRAMA GED? SI ES MAYOR DE 18 AÑOS, ESCRIBA LA FECHA DE GRADUACION | EXTRANJEROS RESIDENTES/REQUISITOS DE CIUDADANIA (SI NO ES CIUDADANO, FAVOR DE COMPLETAR EL RESTO DE ESTA PAGINA Y LA PRIMERA COLUMNA DE LA SIGUIENTE PAGINA.) | | | | | | | SI ES EXTRANJERO LEGALMENTE ADMITIDO ESCRIBA SU NUMERO DE REGISTRO | LUGAR/PAIS DE NACIMIENTO | ¿FUE MIEMBRO ACTIVO DEL EJERCITO DE LOS EE.UU.? |
|---|---|------------------------------|----------------|----------------|--------------------|---|----------------------------------|--|-----------------------------|---|
| | † ORIGEN ÉTNICO | ¿ES CIUDADANO DE LOS EE.UU.? | CITIZENSHIP CD | ¿ES REFUGIADO? | ¿RECIBIO AMNISTIA? | ¿HAY ORDEN PENDIENTE DE DEPORTACION EN SU CONTRA? | FECHA DE INGRESO A EE.UU MES/AÑO | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 1. MES DIA AÑO Sí / / NO / / | | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO | A | / | SÍ CUÁNDO _____ NO _____ | |
| 2. / / Sí / / NO / / | | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO | A | / | SÍ CUÁNDO _____ NO _____ | |
| 3. / / Sí / / NO / / | | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO | A | / | SÍ CUÁNDO _____ NO _____ | |
| 4. / / Sí / / NO / / | | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO | A | / | SÍ CUÁNDO _____ NO _____ | |
| 5. / / Sí / / NO / / | | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO | A | / | SÍ CUÁNDO _____ NO _____ | |
| 6. / / Sí / / NO / / | | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO | A | / | SÍ CUÁNDO _____ NO _____ | |
| 7. / / Sí / / NO / / | | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO | A | / | SÍ CUÁNDO _____ NO _____ | |
| 8. / / Sí / / NO / / | | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO | A | / | SÍ CUÁNDO _____ NO _____ | |
| 9. / / Sí / / NO / / | | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO | A | / | SÍ CUÁNDO _____ NO _____ | |
| 10. / / Sí / / NO / / | | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO | A | / | SÍ CUÁNDO _____ NO _____ | |

*** PATROCINIO DE EXTRANJEROS**

SI USTED O ALGUN OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR NO SON CIUDADANOS DE LOS EE.UU. ¿CUENTAN CON UN PATROCINADOR? SÍ NO **SI RESPONDIO QUE SÍ, COMPLETE LA SIGUIENTE SECCION: PUEDE REQUERIRSE QUE LA AGENCIA VERIFIQUE LOS INGRESOS Y RECURSOS DEL PATROCINADOR**

| NOMBRE DEL PATROCINADOR | NUMERO DE SEGURO SOCIAL O CONTRIBUYENTE FISCAL DEL PATROCINADOR | DIRECCIÓN DEL PATROCINADOR | NUMERO DE TELEFONO DEL PATROCINADOR |
|-------------------------|---|----------------------------|-------------------------------------|
| | | | |
| | | | |

*** MIEMBROS DE SU HOGAR (Continuación)**

| | ¿TIENE TRIMESTRES DE TRABAJO EN LOS EE.UU.? SI RESPONDIO SÍ, ¿CUANTOS? | | ESTADO CIVIL C Casado(a) D Divorciado(a) V Viudo(a) S Soletero(a) SEP Separado(a) | NOMBRE DE SU DOCTOR | PCP/HMO | PCP PROVIDER NUMBER | MEDICAL RE-EXAM DUE DATE | MED BEGIN DATE MRC | FIN BEGIN DATE | PWE | JOBS CODE | IV-D STATUS CD | CONCEIVED IN COLORADO Y N | MED FLAG | SISC | DISABILITY |
|-----|---|----|--|---------------------|---------|---------------------|--------------------------|-----------------------|----------------|-----|-----------|----------------|------------------------------|----------|------|------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | |

ARREGLOS PARA LA VIVIENDA

*** MARQUE LAS CASILLAS QUE SEAN APLICABLES A SU HOGAR:**

- RENTA
 DUEÑO O COMPRA DE CASA
 VIVE CON FAMILIARES
 SIN RESIDENCIA PERMANENTE
 ASILO DE ANCIANOS O ENFERMOS
 TRABAJADOR AGRICOLA MIGRATORIO O TEMPORAL

- 0 LIVING WITH OTHERS
 1 LIVING ALONE
 2 LIVING WITH SPOUSE
 3 BOTH INSTITUTIONALIZED
 4 INSTITUTIONALIZED WITH COMMUNITY SPOUSE
 5 LIVING IN SUBSIDIZED HOUSING

*** ¿TIENE SU HOGAR LOS SIGUIENTES GASTOS DE VIVIENDA?**

| GASTOS DE VIVIENDA | SÍ | NO | MONTO DEL PAGO | ¿CADA CUANDO PAGA O SE LE COBRA? | NOMBRE DEL PROPIETARIO O HIPOTECARIA DIRECCIÓN Y TELÉFONO A DÓNDE ENVIA EL PAGO |
|----------------------|----|----|----------------|----------------------------------|---|
| RENTA O PAGO MENSUAL | | | \$ | | |
| IMPUESTO DE LA CASA | | | \$ | | |
| SEGURO(S) DE LA CASA | | | \$ | | |

*** ¿LOS GASTOS SIGUIENTES SON COBRADOS SEPARADAMENTE DE SU RENTA O DE SU HIPOTECA?**

| SERVICIOS | SÍ | No: gratis | No: renta lo cubre | MONTO DEL PAGO | ¿CADA CUANDO PAGA O SE LE COBRA? | ¿QUIÉN O AYUDA EN LOS PAGOS? |
|--------------------------|----|------------|--------------------|----------------|----------------------------------|------------------------------|
| CALEFACCIÓN | | | | \$ | | |
| AIRE ACONDICIONADO | | | | \$ | | |
| ELECTRICIDAD | | | | \$ | | |
| COMBUSTIBLE PARA COCINAR | | | | \$ | | |
| BASURA | | | | \$ | | |
| AGUA/DRENAJE | | | | \$ | | |
| TELÉFONO | | | | \$ | | |

* ¿COMPARTE LOS GASTOS DE LOS SERVICIOS CON ALGUIÉN MÁS? sí NO

* ¿SI RESPONDIO SÍ, ¿CUANTOS HOGARES COMPARTEN ESTOS GASTOS? _____

* ¿ALGUNA OTRA PERSONA PAGA ESTOS GASTOS? sí NO

* ¿RECIBE AYUDA DEL PROGRAM LEAP? sí NO

UNICAMENTE PARA EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS ALIMENTARIAS:

SI LE LLEGAN RECIBOS POR CALEFACCION Y/O AIRE ACONDICIONADO, USTED **PODRÍA** CALIFICAR PARA UTILIZAR UNA AYUDA DE SERVICIO ESTANDAR EN EL PAGO DE ESTOS SERVICIOS.

SI SU RECIBO REAL ES MAYOR QUE LA AYUDA DE SERVICIO ESTANDAR, PODRÍA OPTAR POR ESCOGER LOS COSTOS REALES, PUEDE OPTAR POR ESCOGER ENTRE EL COSTO ESTANDAR O EL COSTO REAL. PIDA POR FAVOR QUE EL TRABAJADOR SOCIAL LE EXPLIQUE.

NÓTA: EL FALLAR EN DAR INFORMACIÓN O VERIFICACIÓN EN ALGUNO DE LOS GASTOS ANTES MENCIONADOS PODRÍA ENTENDERSE COMO DECLARACIÓN DE QUE SU FAMILIA NO QUIERE RECIBIR DEDUCCIÓN POR LOS GASTOS NO REPORTADOS.

| | |
|---|--|
| AGENCY USE | <input type="checkbox"/> |
| STANDARD UTILITY CODE | <input type="text"/> |
| FOR FOOD STAMP USE ONLY: (NOT REQUIRED FOR COLORADO WORKS) | |
| WAS A COLLATERAL CONTACT MADE TO VERIFY RENT/MORTGAGE ACCOUNT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | |
| WHO _____ | |
| WHAT IS PAID? _____ | |
| HOW MUCH IS PAID? _____ | |
| IF THE STANDARD UTILITY DEDUCTION IS GIVEN, IT IS TO BE GIVEN BASED ON | |
| <input type="checkbox"/> RECEIPT OF LEAP | |
| <input type="checkbox"/> CLIENT DECLARATION | |
| <input type="checkbox"/> STATEMENT FROM LANDLORD (Verbal or Written) | |
| <input type="checkbox"/> OTHER (List) | |
| COIN | |
| ADULT CATEGORIES ONLY: OWN OR BUYING HOME <input type="checkbox"/> | MEM NUM <input type="text"/> |

BIENES Y RECURSOS

*** 1. DINERO EN EFECTIVO/CUENTAS BANCARIAS**

¿USTED, O ALGUIÉN EN SU HOGAR, CUENTA CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS?
 SI RESONDIÓ QUE SÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:

SÍ NO

| FS MEM NUM | COIN MEM NUM | TIPO DE CUENTA (FAVOR DE MARCAR TIPO DE CUENTA) | NOMBRES(S) DE EL (LOS) CUENTA HABIENTES | NÚMERO(S) DE CUENTA(S) | UBICACIÓN DE LAS CUENTAS (Nombre/Dirección) | SALDOS DE LAS CUENTAS Monto | VERIF |
|------------|--------------|---|---|------------------------|---|-----------------------------|-------|
| | | <input type="checkbox"/> Cuenta de cheques | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Cuenta de cheques mancomunada | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros mancomunada | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Fondo de navidad | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Certificados a plazo fijo | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Depósitos en Unión de Crédito | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Ahorros o efectivo guardados en casa | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Acciones, bonos | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Otras inversiones | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Pagarés o hipotecas | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Fideicomiso(s) | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Cajas de seguridad | | | | \$ | |
| | | <input type="checkbox"/> Otros (favor de explicar) | | | | \$ | |

FAVOR DE DETALLAR LOS BIENES INDIVIDUALES DE PROPIEDAD PERSONAL CON VALOR SUPERIOR A \$1,000:

¿TIENE USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PRESTAMOS EN CUENTAS BANCARIAS?: EDUCACIÓN SÍ NO CASA NUEVA SÍ NO NEGOCIO SÍ NO

¿A NOMBRE DE QUIÉN? _____

BIENES Y RECURSOS (Continuación)

*2. VEHICULOS DE MOTOR

SÍ NO

¿ES USTE, O ALGUIÉN EN SU HOGAR, PROPIETARIO DE ALGUN VEHICULO? (FAVOR DE INCLUIR AQUELLOS QUE ESTEN POR ADQUIRIR)
INCLUYAN AUTOMOVILES, CAMIONETAS, VAGONETAS, MOTOCICLETAS, BOTES Y LANCHAS, VEHICULOS PARA ACAMPAR, CASAS MOTORIZADAS, TRACTORES Y OTROS.

| FS MEM NUM | COIN MEM NUM | PROPIETARO | TIPO DE VEHICULO | AÑO, MARCA Y MODELO | VALOR | DEUDA | | VERIF |
|------------------|--------------------|------------|------------------|------------------------|-------|-------|------------------------|-------|
| | | | | | | SALDO | NOMBRE DEL ACREEDOR | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

*3. PROPIEDADES

* ¿USTED O ALGUIEN MÁS EN SU HOGAR SON COMPRADORES O PROPIETARIOS DE BIENES RAICES DISTINTOS A LA PROPIEDAD DÓNDE VIVEN?

SÍ NO

* SI RESPONDIO QUE SÍ, ¿DE QUE TIPO DE PROPIEDAD SE TRATA (TERRENO, EDIFICIO O CONSTRUCCION, ETC.) Y DONDE SE LOCALIZA?

VERIF

| FS MEM NUM | COIN MEM NUM | PROPIETARIO | TIPO | VALOR |
|------------------|--------------------|-------------|------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|-------------|--|
| FS | |
| COIN | |

BIENES Y RECURSOS (Continuación)

*4. SEGUROS DE VIDA

¿USTED O ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENEN SEGURO DE VIDA?

SÍ NO

SI RESPONDÍO QUE SÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:

| FS MEM NUM | COIN MEM NUM | NOMBRE DEL ASEGURADO | TIPO DE SEGURO | NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA | NUMERO DE LA POLIZA | FECHA DE EXPEDICION | VALON NOMINAL DE LA POLIZA | VALOR EN EFECTIVO | VERIF |
|------------|--------------|----------------------|----------------|--------------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|-------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

¿HA CONTRAIDO PRESTAMOS MEDIANTE ESTA POLIZA? SÍ NO SI RESPONDÍO QUE SÍ, FAVOR DE EXPLICAR: _____

*5. FONDOS PARA GASTOS DE FUNERAL

¿ALGUNA CASA FUNERARIA, COMPAÑIA DE SEGUROS, O ALGUNA OTRA PERSONA GUARDAN EN DEPOSITO DINERO QUE PUEDE SER UTILIZADO PARA CUBRIR GASTOS DE FUNERAL PARA USTED U OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR?

SÍ NO

SI RESPONDÍO QUE SÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:

MONTO DEL DINERO EN DEPÓSITO _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA CASA FUNERARIA, BANCO, ASEGURADORA O DE LA PERSONA: _____

| AGENCY USE ARE BURIAL FUNDS IRREVOCABLE? | | | |
|---|----------------|--------|----------------|
| FS | FS | COIN | COIN |
| YES/NO | HOW DOCUMENTED | YES/NO | HOW DOCUMENTED |
| | Verified _____ | | Verified _____ |

*6. TRANSFERENCIA DE BIENES DE RECURSOS

¿USTED, SU CONYUGE, O ALGUNA OTRA PERSONA QUE VIVE EN SU HOGAR RECIBIÓ DIÓ ALGÚN VALOR (TERRENOS, DINERO, PROPIEDADES, AUTOMOVILES, BOTES O LANCHAS, ETC.) DURANTE LOS ULTIMOS 5 AÑOS (ULTIMOS 3 MESE EN EL CASO DE ESTAMPILLAS ALIMENTARIAS)? SÍ NO

SI RESPONDÍO QUE SÍ, DESCRIBA LOS BIENES, SU UBICACIÓN, FECHA Y MANERA EN QUE SE DISPUSO DE LOS VALORES, Y EL TIPO DE PAGO O COMPENSACIÓN QUE USTED RECIBIO A CAMBIO. _____

*7. PAGOS DE COMPENSACIÓN TOTAL

¿USTED O ALGUIÉN MÁS EN SU HOGAR HAN REICIBIDO UN PAGO DE COMPENSACIÓN TOTAL? SÍ NO

SE RESPONDÍO QUE SÍ ¿POR QUE CONCEPTO? _____

MONTO RECIBIDO _____

FECHA DE RECEPCION DEL PAGO ____/____/____

| |
|------|
| FS |
| COIN |

INGRESOS POR TRABAJO/INGRESOS POR NEGOCIO PROPIO

* ¿USTE O ALGUIÉN MÁS EN SU HOGAR HAN RECIBIDO INGRESOS POR SU TRABAJO O POR NEGOCIO PROPIO? sí NO
(INCLUYA LA ADMINISTRACION DE PROPIEDADES EN RENTA POR 20 O MÁS HORAS SEMANALES.)
SI RESPONDÍO QUE SI, COMPLETE LO SIGUIENTE:

| FS MEM NUM | COIN MEM NUM | NOMBRE DEL TRABAJADOR (Si es su propio patrón indique el tipo de actividad o negocio) | NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRON | FRECUENCIA DEL PAGO | FS 3B 80-F FIELD | INGRESOS BRUTOS | PROPINAS Y COMISIONES | NUMERO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA |
|------------|--------------|--|-------------------------------|---------------------|------------------|-----------------|-----------------------|---------------------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

* FAVOR DE COMPLETAR SI ALGUIÉN EN SU HOGAR ES SU PROPIO PATRON. INDIQUE LOS GASTOS EROGADOS EN EL NEGOCIO DURANTE EL MES PASADO.

| FS MEM NUM | COIN MEM NUM | NOMBRE | PAGOS DEL NEGOCIO POR RENTA DE HIPOTECA | SALARIOS BRUTOS | COSTO DE LA MERCANCIA | IMPUESTOS | INTERESES | SERVICIOS GENERALES | RENTA DE EQUIPO | OTROS GASTOS |
|------------|--------------|--------|---|-----------------|-----------------------|-----------|-----------|---------------------|-----------------|--------------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

SI CUENTA USTED CON LICENCIA PARA CUIDAR NIÑOS, INDIQUE CUANTOS NIÑOS TIENE A SU CUIDADO.

* ¿ALGÚN DE LAS PERSONAS MENCIONADAS CON ANTERIORIDAD PAGA POR CUIDADO DE NIÑO O DEPENDIENTE? sí NO SI RESPONDÍO QUE SÍ, FAVOR DE COMPLETAR TAMBIEN LA SECCIONCUIDADO DE NINOS O DEPENDIENTES EN LA PGAINA 12.

* ¿CREE QUE ESTOS GASTOS VAN A CAMBIAR? sí NO

SI RESPONDÍO QUE SÍ, EN CUANTO? EXPLIQUE POR FAVOR _____

* ¿USTED O ALGUIÉN MÁS EN SU HOGAR, ABANDÓ ALGÚN EMPLEO O DEJO DE TRABAJAR DURANTE LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS? sí NO

SI RESPONDÍO QUE SÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:

| NOMBRE DEL TRABAJADOR | NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRON | RAZON POR LA QUE DEJO EL TRABAJO | FECHA DEL ULTIMO EMPLEO |
|-----------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |

* ¿USTED O ALGUIÉN MÁS EN SU HOGAR SE ENCUENTRAN EN HUELGA? sí NO

NOMBRE: _____

COIN MEM NUM _____

INFORMACION ACERCA DEL PADRASTRO O DE LA MADRASTRA

SE EFECTUAN PAGOS POR MANUTENCIÓN POR PARTE DEL PADRASTRO O MADRASTRA A PERSONAS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR, PERO QUE SON RECLAMADOS POR UN DE LOS PADRASTROS CON FINES DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS? sí NO

SI RESPONDÍO QUE SÍ,

NOMBRE: _____

PARENTESCO CON EL PADRASTRO/MADRASTRA: _____

STEPARENT #

MONTO DE LA MANUTENCIÓN \$ _____

¿HAY ALGUNAS PERSONAS EN EL HOGAR POR LAS QUE EL PADRASTRO O MADRASTRA

SON RESPONSABLES? sí NO

SI RESPONDÍO QUE SI,

PARENTESCO CON EL PADRASTRO/MADRASTRA: _____

NOMBRE: _____

STEPARENT # OTHER DEPENDENTS: ADULT CHILD

AGENCY USE ONLY

FOOD STAMPS

EARN INCOME - A - SELF-EMPLOYED
(Field 80F of FS 3B)
B - EMPLOY MONTHLY GROSS
C - EMPLOY TWICE A MONTH GROSS
D - EMPLOY EVERY TWO WEEKS GROSS
E - EMPLOY WEEKLY GROSS

HOW OFTEN IS PERSON PAID

PERSON #1 WEEKLY EVERY 2 WEEKS 2 TIMES A MONTH MONTHLY OTHER PAID ON WHAT DAY OF WEEK _____

PERSON #2 WEEKLY EVERY 2 WEEKS 2 TIMES A MONTH MONTHLY OTHER PAID ON WHAT DAY OF WEEK _____

PERSON #3 WEEKLY EVERY 2 WEEKS 2 TIMES A MONTH MONTHLY OTHER PAID ON WHAT DAY OF WEEK _____

THE FORM OF DOCUMENTATION USED TO VERIFY INCOME WAS:

PERSON #1 PAY STUBS LETTER FROM EMPLOYER PHONE CALL TO EMPLOYER TAX OR BUSINESS RECEIPTS
OTHER LIST _____

PERSON #2 PAY STUBS LETTER FROM EMPLOYER PHONE CALL TO EMPLOYER TAX OR BUSINESS RECEIPTS
OTHER LIST _____

PERSON #3 PAY STUBS LETTER FROM EMPLOYER PHONE CALL TO EMPLOYER TAX OR BUSINESS RECEIPTS
OTHER LIST _____

| COIN MEM NUM | MONTHLY EARNINGS | MONTHLY TIPS/COMM | MONTHLY HOURS WORKED | DISREGARD | | BUDGET MONTH | IF SELF EMPLOYED | | | |
|--------------|------------------|-------------------|----------------------|-----------|----------|--------------|-------------------|-------------|----------------|---|
| | | | | CTR | END DATE | | AFDS PARTNER? Y/N | % OWNERSHIP | TOTAL EXPENSES | IF CHILDCARE PROVIDER, NUMBER OF CHILDREN |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

OTROS INGRESOS

***** ¿USTED O ALGÚN OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE ALGÚNO DE ESTOS TIPOS DE INGRESO? SÍ NO
 SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MARCA LA CASILLAS CORRESPONDIENTES :

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 57 <input type="checkbox"/> Ayuda por ceguera | 51 <input type="checkbox"/> Dividendos por acciones y bonos | 32 <input type="checkbox"/> Jubilación ferroviaria | 56 <input type="checkbox"/> Asistencia temporal a familias necesitadas |
| 55 <input type="checkbox"/> Ayuda a incapacitados en apuros | 44 <input type="checkbox"/> Prestamos para educación/becas | 60 <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo para refugiados/Asistencia médica | 34 <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo |
| 73 <input type="checkbox"/> Comida, ropa, y alberue gratuitos | 45 <input type="checkbox"/> Ingresos otorgados por su patrocinador | 48 <input type="checkbox"/> Ingresos por rentas | 35 <input type="checkbox"/> Compensación a los trabajadores |
| 40 <input type="checkbox"/> Contribuciones de dinero en efectivo | 46 <input type="checkbox"/> Seguros/Fallos por demandas civiles | 39 <input type="checkbox"/> Pensiones y jubilaciones | 42 <input type="checkbox"/> Asistencia y ayudade la administracion de Veteranos |
| 29 <input type="checkbox"/> Manutención | 49 <input type="checkbox"/> Intereses de ahorros, certificados depósito, IRAs y 401K's | 31 <input type="checkbox"/> Seguro social | 33 <input type="checkbox"/> Beneficios a los Veteranos |
| 54 <input type="checkbox"/> Anualidades | 46 <input type="checkbox"/> Prestamos | 78 <input type="checkbox"/> Ingresos otorgados por su conyuge | 46 <input type="checkbox"/> Otros tipos de ingreso |
| 40 <input type="checkbox"/> Contribuciones de dinero en efectivo | 38 <input type="checkbox"/> Pagos del sector militar | 62 <input type="checkbox"/> Beneficios de huelga | |
| 37 <input type="checkbox"/> Ayuda en manutención infantil | 59 <input type="checkbox"/> Pensiones y jubilaciones por edad avanzada | 43 <input type="checkbox"/> Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI) | |
| | | 61 <input type="checkbox"/> Ayuda dada por su conyuge quiéne sta en un asilo para ancianos o enfermos | |

***FAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE PARA CADA UNA DE LAS CASILLAS QUE HA MARCADO ANTERIORMENTE: (Utilice hojas extras si lo requiere)**

| FS MEM NUM | COIN MEM NUM | NOMBRE DE LA PERSONA UE RECIBE EL INGRESO | FS PA P | SS CODE S | SSI CODE I | OTHER INC. O | COIN CODE | MONTO RECIBIDO | FECHA EN QUE RECIBIDO EL INGRESO | NUMERO DE RECLAMO (SI LO HUBIERE) |
|------------|--------------|---|---------|-----------|------------|--------------|-----------|----------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | | | | \$ | / / | |
| | | | | | | | | \$ | / / | |
| | | | | | | | | \$ | / / | |
| | | | | | | | | \$ | / / | |

***** ¿CREE QUE HABRA CAMBIOS EN ESTOS INGRESOS? SÍ NO
 SI RESPONDIÓ QUE SÍ, FAVOR DE EXPLICAR: _____

***** ¿ESPERA RECIBIR OTRO TIPO DE INGRESOS? SÍ NO
 SI RESPONDIÓ QUE SÍ, FAVOR DE EXPLICAR: _____

***¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR PAGA MANUTENCION INFANTIL POR OBLIGACÓNLEGAL A ALGUIÉN QUE NO VIVE EN SU HOGAR?** SÍ NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿DIGA CUANTO? _____ ¿CADA CUANDO?: _____

¿A QUIÉN? _____ (Esta informacion debe verificarse antes de recibir una reducción en el Programa de Estampillas Alimentarias.)

| | |
|-------------|--|
| FS | |
| COIN | |

INQUILINOS Y HUÉSPEDES

* ¿ALGUNA PERSONA PAGA A USTED POR COMIDAS, CUARTO O POR AMBOS? SÍ NO
 SI RESPONDIÓ QUE SÍ, FAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE Y LOS MONTOS RECIBIDOS:

| NOMBRE | CUARTO | COMIDAS | AMBOS | ¿CADA CUÁNDO? | ¿CUANTO GASTA UD? |
|--|--------|---------|-------|---------------|-------------------|
| | \$ | \$ | \$ | | \$ |
| | \$ | \$ | \$ | | \$ |
| FS | | | | | |
| COIN MEMBER # _____ NUMBER OF BOARDERS _____ AMOUNT _____ | | | | | |

FOOD STAMP STUDENT ELIGIBILITY

- Disabled or under age 18 or over age 50.
- Employed at least 20 hours per week.
- Enrolled in a state or federally financed work study program.
- Attending school through JTPA or other E & T program.
- Single parent with dependent under age 12.
- Responsible for care of child under 6 or child between 6 and 11 where adequate child care is not available to allow student to work (20 hours) or attend work study.
- Colorado Works Recipient
- Less than half-time student or not attending institution of higher education.

ESTUDIANTES

* ¿USTED O ALGUIÉN MÁS EN SU HOGAR SE HAN INSCRITO EN ALGUNA INSTITUCION DE EDUCACIÓN SUPERIOR, TAL COMO UNIVERSIDAD, ESCUELA DE NEGOCIO, TECNICA O COMERCIAL? (ESTUDIANTES DE SECUNDARIA O PREPARATORIA NO DEBEN CONSIDERARSE.) SÍ NO
 SI RESPONDIÓ QUE SÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:

| FS MEM NUM | COIN MEM NUM | NOMBRE DEL ESTUDIANTE | FS-3B 80K FIELD | NOMBRE DE LA ESCUELA | TIPO DE BECA O PRESTAMO | MONTE DE LA BECA O PRESTAMO | PERIODO DESDE / RECIBIO | FECHA EN QUE LOS RECIBIO | GASTO EDUCATIVO (LIBROS, MATRICULACION, INCRIPCION, TRANSPORTES, ETC.) | COIN TOTAL AMOUNT COUNTED |
|------------|--------------|-----------------------|-----------------|----------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|--|---------------------------|
| | | | | | | \$ | / | | \$ | \$ |
| | | | | | | \$ | / | | \$ | \$ |

* ¿EL ESTUDIANTE O ESTUDIANTES ANTES MENCIONADOS SON RESPONSABLES DEL CUIDADO O LA MANUTENCION DE NIÑOS DEPENDIENTES? SÍ NO

ATENCION Y CUIDADO DE LOS NIÑOS O DEPENDIENTES

* ¿PAGA ALGUIÉN EN SU HOGAR POR EL CUIDADO A UN INFANTE O ALGÚN ADULTO INCAPACITADO, MIEMBRO DEL HOGAR, PARA PODER TRABAJAR, O RECIBIR ENTRENAMIENTO QUE LE PERMITIRA OBTENER EMPLEO, O BUSCAR TRABAJO? SÍ NO
 SI RESPONDIÓ QUE SÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:

| CHILD FS MEM NUM | CHILD COIN MEM NUM | ¿QUIÉN RECIBE EL CUIDADO? | NOMBRE DE LA PERSONA O INSTITUCION QUE OTORGA LA ATENCION O CUIDADOS | DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL CUIDADOR O DE LA INSTITUCION | COIN TYPE OF CARE | ¿CUANTO LE COBRAN AL MES? | ¿CUANTO PAGA AL MES? |
|------------------|--------------------|---------------------------|--|---|-------------------|---------------------------|----------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

* ¿ALGUIÉN LE AYUDA A PAGAR POR ESTA ATENCION O CUIDADOS? SÍ NO
 SI RESPONDIÓ QUE SÍ, FAVOR DE EXPLICAR: _____

GASTOS MÉDICOS

¿HA ESTADO HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? SÍ NO
 ¿USTED O ALGÚN OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR TIENEN ALGÚN CUENTA MÉDICA PENDIENTE EL LOS ÚLTIMOS 3 MESES? SÍ NO
 ¿USTED O ALGÚN OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR TIENEN COBERTURA HOSPITALIARIA, SEGURO MÉDICO O BENEFICIOS MILITARES? SÍ NO
 * ¿HAY SEGURO MÉDICO A SU ALCANCE (O PODRÍA ADQUIRIRSE MEDIANTE ALGUIÉN QUE HAYA SIDO SU PATRON ANTERIORMENTE) PARA TODOS AQUELLOS PARA LOS CUALES ESTA USTED SOLICITÁNDOLO? SÍ NO

COIN

IF YES TO INSURANCE QUESTIONS, TECHNICIAN MUST COMPLETE MS 10.

¿ALGUIÉN EN SU HOGAR SE ENCUENTRA INCAPACITADO O DESHABILITADO? SÍ NO
 SI RESPONDÍO QUE SÍ ¿CUAL ES EL TIEMPO ESTIMADO PARA QUE DICHA PERSONA PUEDA VOLVER A TRABAJAR? _____

SI USTED TIENE ALGÚN GASTO MÉDICO, FAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE:

| FS MEM NUM | COIN MEM NUM | NOMBRE | TIPO DEL GASTO | MONTO DEL GASTO | FECHA DEL GASTO | NOMBRE DEL DOCTOR, DENTISTA, HOSPITAL, FARMACIA, ETC. | DIRECCIÓN | COIN MONTHLY EXPENSE |
|------------|--------------|--------|----------------|-----------------|-----------------|---|-----------|----------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

¿USTED O ALGUIÉN MÁS EN SU BOGAR TIENEN MEDICARE **PARTE A?** SÍ NO **PARTE B?** SÍ NO

SI RESPONDÍO QUE SÍ ¿QUIÉNES? _____ **MEM NUM** _____ **NÚMERO DE RECLAMO** _____

¿USTED CONYUGE VIVE EN UN ASILO DE ANCIANOS O ENFERMOS? SÍ NO

SI RESPONDÍO QUE SÍ, ¿DÓNDE? _____ **MEM NUM** _____ **FECHA DE INGRESO** _____

¿USTED VIVE EN UN ASILO DE ANCIANOS O ENFERMOS? SÍ NO

SI RESPONDÍO QUE SÍ ¿DÓNDE? _____ **FECHA DE INGRESO** _____

PROPORCIONE LA DIRECCIÓN EN DÓNDE USTED VIVA ANTES DE IR AL ASILO DE ANCIANOS O ENFERMOS:

DIRECCIÓN POSTAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

¿USTED O ALGUIÉDN MÁS EN SU HOGAR TIENEN UNA DEMANDA O RECLAMOS POR HERIDAS, DAÑOSO ACCIDENTED QUE USTEDES HAYAN SUFRIDO? SÍ NO

SI USTEDES TIENEN UN(A) ABOGADO(A), ¿CUAL ES SU NOMBRE? _____

DIRECCIÓN _____

¿HAN PRESENTADO UNA DEMANDA? SÍ NO ¿DÓNDE? _____ ¿CUÁNDO? _____

FECHA DE LA RESOLUCION DEL FALLO, SI LA SABE _____ / _____ / _____
MES DIA AÑO

COIN

MEM NUM _____
 NURSING HOME I.D. _____
 SPOUSE MEN NUM _____
 NURSING HOME I.D. _____

FOOD STAMPS

MEDICAL DEDUCTION
 AMOUNT \$ _____

ASISTENCIA PARA FUNERALES

EN OCASIONES PODRÍA HABER FONDOS PUBLICOS PARA AYUDAR CON LOS GASTOS FUNERARIOS SI LOS RECIPIENTES MURIERAN SIN HABER HECHO LOS ARREGLOS PREVIOS NECESARIOS. SI SU FAMILIA NECESITARA DE TAL AYUDA, ¿QUE CLASE DE ARREGLO PREFERIRIA USTED?

- INCINERACIÓN ENTIERRO NO TIENE PREFERENCIA PARTICULAR

AGENCY USE

IF SÍ TO LAWSUIT, WORKER MUST NOTIFY THE STATE, 3RD PARTY MEDICAID UNIT.

SERVICIOS DE SOPORTE INFANTIL PARA LOS RECIPIENTES DE COLORADO WORKS

La Oficina de Aplicación de Ayuda para la Manutención Infantil (CSE) proporciona servicios para localizar al padre o la madre ausentes, y para determinar la paternidad, establecer y/o modificar una orden de manutención infantil, y para establecer ayuda médica. Durante el tiempo en que Usted reciba alguno de los beneficios antes mencionados, su orden para la ayuda infantil será revisada periódicamente para ver si debe cambiarse. Si ya no recibe los beneficios, puede dirigirse a la Oficina CSE, por escrito, para revisar su orden para posibles cambios.

La ley requiere que Usted como condición previa a su elegibilidad, cooperar con la Oficina CSE, a menos que Usted tenga una **causa justificada** para no cooperar. Cooperar significa dar el nombre del padre o madre de cualquier niño solicitante de Colorado Works, y proporcionar información que usted tenga para ayudar a la localización del padre o de la madre ausentes. La cooperación incluye ayudar a determinar legalmente quién es el padre del niño(a) o niño(as) nacidos sin haber relación matrimonial; ayudar a obtener ayuda monetaria que se le deba a usted o al niño/s; pagar al departamento del condado de servicios sociales/humanos cualquier ayuda monetaria que se le ha dado a Usted por el padre ausente mientras haya recibido beneficios de **Colorado Works**. La cooperación implica también asistir a la oficina CSE o a la corte para proporcionar la información necesaria, mostrar los registros o documentos legales, y firmar las formas necesarias. **Si usted rehusa a cooperar con la Oficina SCE, podría perder los beneficios de Colorado Works.**

Recibirá usted una notificación periódica de los pagos de ayuda colectados por la Oficina CSE. Cuándo deje Usted de recibir beneficios de Colorado Works, la Oficina CSE proporcionará ayuda infantil a menos que Usted presente una solicitud escrita para detener la obtención de estos servicios.

Si tiene una **causa justificada** para rehusar a cooperar con la Oficina CSE, debe cumplir con los criterios enseguida enunciados. Es la responsabilidad de Usted proporcionar al departamento de condado prueba de la evidencia de que existe causa justificada para no cooperar, dentro de los siguientes 20 días para apelar por causa justificada. Puede solicitar tiempo adicional al departamento de condado si lo necesita. Las situaciones en las que puede presentarse causa justificada para no cooperar y evidencia de que así es incluyen:

La cooperación podría resultar en serios daños físicos o emocionales para el niño(a) o niño(as), para Usted o para ambos. Ejemplos de evidencia incluyen los registros de la corte, criminales, servicios de protección infantil, psicológicos o de carácter legal que indican que el supuesto padre o figura paterna podrían infligir daños físicos o emocionales a Usted o al infante. También, registros médicos pasados o actuales que indicaran daños potenciales a Usted, al infante o a ambos, o declaraciones bajo juramento hechas por personas que tengan conocimiento de las razones de su apelación por causa justificada.

El niño o niña nació después de incesto o violación forzadas. La evidencia incluye registros médicos o policíacos que indican que el incesto o la violación forzadas ocurrieron, o incluyen declaraciones bajo juramento de parte del público o de la agencia privada que maneja la adopción.

El departamento de condado considerará la evidencia y decidirá si Usted tiene causa justificada para no cooperar.

Si se decide que Usted si tiene causa justificada para no cooperar, sus beneficios no serán afectados. La Oficina CSE puede, sin embargo, determinar que la paternidad, la ayuda infantil, y/o la ayuda médica pueden proseguirse sin su participación. Si se decide que Usted **no** tiene causa justificada para no cooperar, recibirá Usted notificación escrita del departamento de condado. Si sus beneficios son afectados porque no cooperó Usted con la Oficina CSE, tiene Usted el derecho de apelar a la decisión. Si Usted solicita un audiencia tal vez deseará Usted establecer contacto con su Asistente Legal o con su oficina de Servicios Rurales Legales de Colorado.

¿Desea Usted solicitar causa justificada por rehusar a cooperar con la Oficina de Aplicación de Ayuda para la Manutención Infantil?

_____ Sí _____ No

PARA USO DE LA AGENCIA

GOOD CAUSE/CSE NONCOOPERATION _____ COLORADO WORKS _____ APPROVAL DATE _____ CASE STATUS _____

INFORMACION PARA COLORADO WORKS

SI ESTA SOLICITANDO ESTA AYUDA, COMPLETE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES PARA CADA UNO DE LOS INFANTES DE SU HOGAR

| | |
|--------------|-------------------------|
| COIN MEM NUM | NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA: |
|--------------|-------------------------|

¿ESTE(A) NIÑO(A) FUE CONCEBIDO EN COLORADO? SÍ NO

¿ESTA LA MADRE DE ESTE(A) NIÑO(A):

¿MUERTA? SÍ NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ, DE LA FECHA: _____

¿EN LA CASA? SÍ NO

¿INCAPACITADA? SÍ NO

¿EMPLEADA? SÍ NO

ESTA EL PADRE DE ESTE(A) NIÑO(A):

¿MUERTO? SÍ NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ, DE LA FECHA: _____

¿EN LA CASA? SÍ NO

¿INCAPACITADO? SÍ NO

¿EMPLRADO? SÍ NO

FAVOR DE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO REFERENTES AL PADRE O A LA MADRE AUSENTES

(SI ALGÚNO FUERA "DESCONOCIDO(A)", ESCRIBA DICHA PALABRA, Y DIGA POR QUE): _____

| COIN MEM NUM | APELLIDO, NOMBRE, E INICIAL DEL PADRE/MADRE AUSENTE | NÚMERO SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | NOMBRE DEL PAPA DEL PADRE/MADRE AUSENTE | APELLIDO DE SOLTERA DE LA MAMA DEL PADRE O MADRE AUSENTE |
|--|---|----------------------|---|----------------------------------|---|--|
| | | | | | | |
| DIRECCIÓN DEL PADRE/MADRE AUSENTE (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL) | | | FECHA ULTIMA CONOCIDA EN ESTA DIRECCIÓN | TELÉFONO DEL PADRE/MADRE AUSENTE | FECHA ULTIMA CONOCIDA EN ESTE TELÉFONO | |
| | | | | | | |

PROPORCIONE UN DESCRIPCION FISICA DEL PADRE/MADRE AUSENTE: ESTATURA: _____ PESO: _____ COLOR DE OJOS: _____ COLOR DE PELO: _____ ORIGEN ETNICO: _____

PROPORCIONE EMPLEO ACTUAL (O ULTIMO CONOCIDO) DEL PADRE/MADRE AUSENTE COMO SE INDICA:

| NOMBRE DEL PATRON | DIRECCIÓN DEL PATRON | TELÉFONO DEL PATRON | FECHA ULTIMA CONOCIDA EN LA QUE EL/LA PADRE/MADRE TRABAJABA | OCUPACION EN LA QUE ACOSTUMBRABA EL/LA PADRE/MADRE TRABAJAR |
|-------------------|----------------------|---------------------|---|---|
| | | | | |

¿EL PADRE O LA MADRE AUSENTE TIENEN SEGURO DE SALUD PARA ESTE(A) NIÑO(A)? SÍ NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, FAVOR DE PROPORCIONAR EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA Y EL NÚMERO DE LA POLIZA: _____

SI RESPONDIÓ QUE NO, ¿HAY UN SEGURO DISPONIBLE A TRAVÉS DEL PATRON DEL PADRE O DE LA MADRE AUSENTE? SÍ NO SE DESCONOCE

S USTED ESTA DIVORCIADO(A) O SERPARADOD ¿ESTABA CASADO(A) CON LA MADRE (EL PADRE) AUSENTE CUÁNDO ESTE(A) NIÑO(A) NACIÓ? SÍ NO

¿CUALE ES EL NOMBRE QUE APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL INFANTE RELACIONADO CON EL PADRE DEL NINO O NINA? _____

¿ES EL PADRE NATURAL DE NINOO NINA? SÍ NO

SI USTED Y EL PADRE O LA MADRE AUSENTE NUNCA SE CASARON, ¿EXISTE UNA ORDENDE LA CORTE EN LA QUE SE HACE CONSTAR QUE EL O ELLA ES EL PADRE O LA MADRE:? SÍ NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, PROPORCIONE LA FECHA DE LA ORDEN ____/____/____ SI RESPONDIÓ QUE SÍ, PROPORCIONE EL NOMBRE DE LA CUIDAD _____

EL ESTADO _____ EL NÚMERO DE ORDEND LA CORTE _____

SI USTED ESTUVO CASADO(A) CON EL PADRE O LA MADRE ALUSENTE Y AHORA ESTA DIVORCIADO(A), PROPORCIONE LA FECHA DEL DIVORCIO ____/____/____ CIUDAD _____ ESTADO _____

¿EXISTE UNA ORDER DE LA CORTE PARA LA MANUTENCION DEL NIÑO O NIÑA? SÍ NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:

| FECHA DE LA ORDEN | CIUDAD Y ESTADO DE LA ORDEN | NÚMERO DE LA ORDEN | MONTO DE LA ORDEN | ¿SE ORDENO COVERTURA MEDICA? |
|-------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|---|
| | | | \$ _____ CADA CUANDO? _____ | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

EL PAGO ULTIMO DE MANUTENCION FUE POR \$ _____ PAGADO EN ____/____/____ A MÍ A TRAVÉS DE LA CORTE

DESCRIBA POR FAVOR TODAS LA PROPIEDADES PERSONALES, VEHICULOS O BIENES RAICES QUE EL PADRE O LA MADRE AUSENTE POSEE: _____

¿EXISTE ALGUN OTRO POSIBLE PADRE DE ESTE(A) NIÑO(A), FAVOR DE PROPORCIANAR EL NOMBRE: _____

INFORMACION PARA COLORADO WORKS

SI ESTA SOLICITANDO ESTA AYUDA, COMPLETE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES PARA CADA UNO DE LOS INFANTES DE SU HOGAR

| | |
|--------------|-------------------------|
| COIN MEM NUM | NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA: |
|--------------|-------------------------|

¿ESTE(A) NIÑO(A) FUE CONCEBIDO EN COLORADO? SÍ NO

¿ESTA LA MADRE DE ESTE(A) NIÑO(A):

¿MUERTA? SÍ NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ, DE LA FECHA: _____

¿EN LA CASA? SÍ NO

¿INCAPACITADA? SÍ NO

¿EMPLEADA? SÍ NO

ESTA EL PADRE DE ESTE(A) NIÑO(A):

¿MUERTO? SÍ NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ, DE LA FECHA: _____

¿EN LA CASA? SÍ NO

¿INCAPACITADO? SÍ NO

¿EMPLRADO? SÍ NO

FAVOR DE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO REFERENTES AL PADRE O A LA MADRE AUSENTES

(SI ALGÚNO FUERA "DESCONOCIDO(A)", ESCRIBA DICHA PALABRA, Y DIGA POR QUE): _____

| COIN MEM NUM | APELLIDO, NOMBRE, E INICIAL DEL PADRE/MADRE AUSENTE | NÚMERO SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | NOMBRE DEL PAPA DEL PADRE/MADRE AUSENTE | APELLIDO DE SOLTERA DE LA MAMA DEL PADRE O MADRE AUSENTE |
|--|---|----------------------|---|----------------------------------|---|--|
| | | | | | | |
| DIRECCIÓN DEL PADRE/MADRE AUSENTE (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL) | | | FECHA ULTIMA CONOCIDA EN ESTA DIRECCIÓN | TELÉFONO DEL PADRE/MADRE AUSENTE | FECHA ULTIMA CONOCIDA EN ESTE TELÉFONO | |
| | | | | | | |

PROPORCIONE UN DESCRIPCION FISICA DEL PADRE/MADRE AUSENTE: ESTATURA: _____ PESO: _____ COLOR DE OJOS: _____ COLOR DE PELO: _____ ORIGEN ETNICO: _____

PROPORCIONE EMPLEO ACTUAL (O ULTIMO CONOCIDO) DEL PADRE/MADRE AUSENTE COMO SE INDICA:

| NOMBRE DEL PATRON | DIRECCIÓN DEL PATRON | TELÉFONO DEL PATRON | FECHA ULTIMA CONOCIDA EN LA QUE EL/LA PADRE/MADRE TRABAJABA | OCUPACION EN LA QUE ACOSTUMBRABA EL/LA PADRE/MADRE TRABAJAR |
|-------------------|----------------------|---------------------|---|---|
| | | | | |

¿EL PADRE O LA MADRE AUSENTE TIENEN SEGURO DE SALUD PARA ESTE(A) NIÑO(A)? SÍ NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, FAVOR DE PROPORCIONAR EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA Y EL NÚMERO DE LA POLIZA: _____

SI RESPONDIÓ QUE NO, ¿HAY UN SEGURO DISPONIBLE A TRAVÉS DEL PATRON DEL PADRE O DE LA MADRE AUSENTE? SÍ NO SE DESCONOCE

S USTED ESTA DIVORCIADO(A) O SERPARADOD ¿ESTABA CASADO(A) CON LA MADRE (EL PADRE) AUSENTE CUÁNDO ESTE(A) NIÑO(A) NACIÓ? SÍ NO

¿CUALE ES EL NOMBRE QUE APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL INFANTE RELACIONADO CON EL PADRE DEL NINO O NINA? _____

¿ES EL PADRE NATURAL DE NINOO NINA? SÍ NO

SI USTED Y EL PADRE O LA MADRE AUSENTE NUNCA SE CASARON, ¿EXISTE UNA ORDENDE LA CORTE EN LA QUE SE HACE CONSTAR QUE EL O ELLA ES EL PADRE O LA MADRE:? SÍ NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, PROPORCIONE LA FECHA DE LA ORDEN ____/____/____ SI RESPONDIÓ QUE SÍ, PROPORCIONE EL NOMBRE DE LA CUIDAD _____ EL ESTADO _____ EL NÚMERO DE ORDEND LA CORTE _____

SI USTED ESTUVO CASADO(A) CON EL PADRE O LA MADRE ALUSENTE Y AHORA ESTA DIVORCIADO(A), PROPORCIONE LA FECHA DEL DIVORCIO ____/____/____ CIUDAD _____ ESTADO _____

¿EXISTE UNA ORDER DE LA CORTE PARA LA MANUTENCION DEL NIÑO O NIÑA? SÍ NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:

| FECHA DE LA ORDEN | CIUDAD Y ESTADO DE LA ORDEN | NÚMERO DE LA ORDEN | MONTO DE LA ORDEN | ¿SE ORDENO COVERTURA MEDICA? |
|-------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|---|
| | | | \$ _____ CADA CUANDO? _____ | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

EL PAGO ULTIMO DE MANUTENCION FUE POR \$ _____ PAGADO EN ____/____/____ A MÍ A TRAVÉS DE LA CORTE

DESCRIBA POR FAVOR TODAS LA PROPIEDADES PERSONALES, VEHICULOS O BIENES RAICES QUE EL PADRE O LA MADRE AUSENTE POSEE: _____

¿EXISTE ALGUN OTRO POSIBLE PADRE DE ESTE(A) NIÑO(A), FAVOR DE PROPORCIANAR EL NOMBRE: _____

INFORMACION PARA COLORADO WORKS

SI ESTA SOLICITANDO ESTA AYUDA, COMPLETE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES PARA CADA UNO DE LOS INFANTES DE SU HOGAR

| | |
|--------------|-------------------------|
| COIN MEM NUM | NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA: |
|--------------|-------------------------|

¿ESTE(A) NIÑO(A) FUE CONCEBIDO EN COLORADO? SÍ NO

¿ESTA LA MADRE DE ESTE(A) NIÑO(A):

¿MUERTA? SÍ NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ, DE LA FECHA: _____

¿EN LA CASA? SÍ NO

¿INCAPACITADA? SÍ NO

¿EMPLEADA? SÍ NO

ESTA EL PADRE DE ESTE(A) NIÑO(A):

¿MUERTO? SÍ NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ, DE LA FECHA: _____

¿EN LA CASA? SÍ NO

¿INCAPACITADO? SÍ NO

¿EMPLRADO? SÍ NO

FAVOR DE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO REFERENTES AL PADRE O A LA MADRE AUSENTES

(SI ALGÚNO FUERA "DESCONOCIDO(A)", ESCRIBA DICHA PALABRA, Y DIGA POR QUE): _____

| COIN MEM NUM | APELLIDO, NOMBRE, E INICIAL DEL PADRE/MADRE AUSENTE | NÚMERO SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | NOMBRE DEL PAPA DEL PADRE/MADRE AUSENTE | APELLIDO DE SOLTERA DE LA MAMA DEL PADRE O MADRE AUSENTE |
|--|---|----------------------|---|----------------------------------|---|--|
| | | | | | | |
| DIRECCIÓN DEL PADRE/MADRE AUSENTE (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL) | | | FECHA ULTIMA CONOCIDA EN ESTA DIRECCIÓN | TELÉFONO DEL PADRE/MADRE AUSENTE | FECHA ULTIMA CONOCIDA EN ESTE TELÉFONO | |
| | | | | | | |

PROPORCIONE UN DESCRIPCION FISICA DEL PADRE/MADRE AUSENTE: ESTATURA: _____ PESO: _____ COLOR DE OJOS: _____ COLOR DE PELO: _____ ORIGEN ETNICO: _____

PROPORCIONE EMPLEO ACTUAL (O ULTIMO CONOCIDO) DEL PADRE/MADRE AUSENTE COMO SE INDICA:

| NOMBRE DEL PATRON | DIRECCIÓN DEL PATRON | TELÉFONO DEL PATRON | FECHA ULTIMA CONOCIDA EN LA QUE EL/LA PADRE/MADRE TRABAJABA | OCUPACION EN LA QUE ACOSTUMBRABA EL/LA PADRE/MADRE TRABAJAR |
|-------------------|----------------------|---------------------|---|---|
| | | | | |

¿EL PADRE O LA MADRE AUSENTE TIENEN SEGURO DE SALUD PARA ESTE(A) NIÑO(A)? SÍ NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, FAVOR DE PROPORCIONAR EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA Y EL NÚMERO DE LA POLIZA: _____

SI RESPONDIÓ QUE NO, ¿HAY UN SEGURO DISPONIBLE A TRAVÉS DEL PATRON DEL PADRE O DE LA MADRE AUSENTE? SÍ NO SE DESCONOCE

S USTED ESTA DIVORCIADO(A) O SERPARADOD ¿ESTABA CASADO(A) CON LA MADRE (EL PADRE) AUSENTE CUÁNDO ESTE(A) NIÑO(A) NACIÓ? SÍ NO

¿CUALE ES EL NOMBRE QUE APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL INFANTE RELACIONADO CON EL PADRE DEL NINO O NINA? _____

¿ES EL PADRE NATURAL DE NINOO NINA? SÍ NO

SI USTED Y EL PADRE O LA MADRE AUSENTE NUNCA SE CASARON, ¿EXISTE UNA ORDENDE LA CORTE EN LA QUE SE HACE CONSTAR QUE EL O ELLA ES EL PADRE O LA MADRE:? SÍ NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, PROPORCIONE LA FECHA DE LA ORDEN ____/____/____ SI RESPONDIÓ QUE SÍ, PROPORCIONE EL NOMBRE DE LA CUIDAD _____ EL ESTADO _____ EL NÚMERO DE ORDEND LA CORTE _____

SI USTED ESTUVO CASADO(A) CON EL PADRE O LA MADRE ALUSENTE Y AHORA ESTA DIVORCIADO(A), PROPORCIONE LA FECHA DEL DIVORCIO ____/____/____ CIUDAD _____ ESTADO _____

¿EXISTE UNA ORDER DE LA CORTE PARA LA MANUTENCION DEL NIÑO O NIÑA? SÍ NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:

| FECHA DE LA ORDEN | CIUDAD Y ESTADO DE LA ORDEN | NÚMERO DE LA ORDEN | MONTO DE LA ORDEN | ¿SE ORDENO COVERTURA MEDICA? |
|-------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|---|
| | | | \$ _____ CADA CUANDO? _____ | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

EL PAGO ULTIMO DE MANUTENCION FUE POR \$ _____ PAGADO EN ____/____/____ A MÍ A TRAVÉS DE LA CORTE

DESCRIBA POR FAVOR TODAS LA PROPIEDADES PERSONALES, VEHICULOS O BIENES RAICES QUE EL PADRE O LA MADRE AUSENTE POSEE: _____

¿EXISTE ALGUN OTRO POSIBLE PADRE DE ESTE(A) NIÑO(A), FAVOR DE PROPORCIANAR EL NOMBRE: _____

PARA EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS ALIMENTARIAS: CUALQUIER MIEMBRO DE UN HOGAR QUE infrinja cualquiera de las siguientes reglas premeditadamente, puede ser excluido del programa de estampillas alimentarias durante los mismos periodos, de acuerdo a los señalamientos del puntot II, parte I de esta solicitud.

- **NO PROPORCIONE INFORMACION FALSA NI ESCONDA INFORMACION PARA OBTENER, O SEGUIR OBTENIENDO ESTAMPILLAS ALIMENTARIAS.**
- **NO COMERCIE NI VENDA ESTAMPILLAS ALIMENTARIAS.**
- **NO USE NI FALSIFIQUE CREDENCIALES DE IDENTIFICACION PARA OBTENER MÁS ESTAMPILLAS ALIMENTARIAS QUE LAS QUE CALIFICA PARA RECIBIR.**
- **NO USE LAS ESTAMPILLAS ALIMENTARIAS DE OTRA PERSONA PARA SU HOGAR.**
- **NO USE ESTAMPILLAS ALIMENTARIAS PARA COMPRAR ARTICULOS INELEGIBLES TALES COMO BEBIDAS ALCOHOLICAS, TABACO O CIGARRILLOS O BILLETES DE LA LOTERIA ESTATAL.**

A partir del primero de diciembre de 1996, si Usted es adulto, sin niños o con niñas mayores de 17 años de edad, y si su edad fluctúa entre los 18 y los 50 años, podrá Usted recibir estampillas alimentarias uncammente por tres meses durnate los siguientes tres año, a menos que Usted cumpla con una de las condiciones siguientes. Sí Usted efectúa una de las siguientes actividades, podrá entonces recibir estampillas alimentarias.

1. Trabaja 80 horas cada mes.
2. Participa en la feria de trabajo de su condado.
3. Participa 80 horas cada mes en una actividad de trabajo y entrenamiento del programa “Primero el Trabajo”(programa Employment First de Colorado para el empleo y entrenamiento de los participantes en el programa de estampillas alimentarias.)
4. Participa en un programa dentro del Acto de la Sociedad de Entrenamiento para el Empleo o el Acto para la Asistencia y Ajuste de los empleos y las Actividades, o como se les conoce en inglés, “Workforce Investment Act”, y “Trade Adjustment Assistance Act”, respectivamente.

Algunas personas están exentas de esta ley, y, si Usted resulta ser uno de estos individuos, el tiempo limite de tres meses para recibir estampillas alimentarias, y los requerimientos de trabajo arriba estipulados no seran aplicables a Usted.

PAGINA DE FIRMAS - PARTE II - FAVOR DE LEER Y FIRMAR

NOTA:
EL FALLAR EN DAR INFORMACION O VERIFICACION EN ALGUNO DE LOS GASTOS ANTES MENCIONADOS PODRIA ENTENDERSE COMO DECLARACION DE QUESU FAMILIA NO QUIERE RECIBIR DEDUCCION POR LOS GASTOS NO REPOR-TADOS

BAJO PENA DE INCURRIR EN PERJURIO, YO AQUI CERTIFICO AL FIRMAR ESTA FORMA, QUE ESTOY DECLARANDO QUE LA INFORMACION QUE PROPORCIONE EN LA PARTE I Y EN LA PARTE II SONCORRECTAS EN LO QUE A MI ME CONSTA Y DE ACUERDO A LOS DATOS QUE POSEO, Y QUE CADA PERSONA QUE ES ELEGIBLE PARA PARTICIPAR INCLUIDA EN ESTA SOLICITUD ES CIUDADANO(A), EXTANJERO CON RESIDENCIA LEGAL, O EXTRANJERO INDOCUMENTADO QUE SOLICITA SERVICOS MEDICOS DE EMERGENCIA .

X _____
FIRMA AQUI(Usted o Autorizado Representante, Conservador or o Guardian) Fecha de firma

X _____
FIRMA AQUI(La Persona Que Ayudo a llenar este solicitud) Fecha de firma

PUEDE USTED AUTORIZAR A ALGÚNA PERSONA QUE NO ES MIEMBRO DE SU HOGAR PARA RECIBIR LAS ESTAMPILLAS ALIMENTARIAS QUE A USTED CORRESPONDEN O A USARLAS PARA COMPRAR ALIMENTOS PARA USTED. SI DESEA USTED AUTORIZAR A ALGUIÉN, FAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE:

| | |
|---|---------------|
| NOMBRE | TELEFONO |
| DIRECCIÓN - NUMERO CALLE/APARTADO POSTAL/RUTA RURAL | |
| CIUDAD | ESTADO |
| | CODIGO POSTAL |

