

PETICIÓN DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD/SOLICITUD SUBSECUENTE
(APPLICATION/REAPPLICATION VERIFICATION REQUEST)

Para recibir una deducción de cupones de alimentos por los siguientes gastos usted debe reportar y proveer verificación a su trabajador de caso de: el pago de alquiler o hipoteca, utilidades y/o otros costos de alojamiento, gastos médicos, gastos de cuidados dependientes y, legalmente obligado a pagar manutención de niños a una persona que no es miembro del hogar. La falta de reportar o verificar cualquiera de los gastos mencionados arriba será visto como una declaración por su grupo de asistencia que usted no quiere recibir una deducción por los gastos no reportados o verificados. Se está solicitando para un programa médico o de asistencia monetaria, puede ser necesario que deba proveer información adicional (p.ej. prueba de cobertura de seguro médico de cada miembro de familia o prueba de embarazo). Entiendo que CDJFS me ayudará a obtener las verificaciones requeridas mientras coopere.

PRUEBA DE IDENTIDAD (debe ser proporcionada por usted y su representante autorizado, si tiene uno, para Cupones de Alimentos y Programas de Asistencia Monetaria)

- * licencia de conducir
- * tarjeta de identificación del estado
- * tarjeta de registración de voto (no para Medicaid)
- * tarjeta de identificación escolar (con foto)
- * una insignia del trabajo o un pase del edificio (con foto)
- * tarjeta de identificación o reclutamiento militar
- * pasaporte o tarjeta de identificación de E.E. U.U.
- * tarjeta de crédito con firma
- * registros de vacuna o tarjeta de clínica (sólo para pre-escolares)
- * tarjeta de calificación actual, si está disponible

PRUEBA DE EDAD (para los cupones de alimentos y los programas de asistencia monetaria)

La prueba de edad es sólo necesaria para los cupones de alimentos si usted tiene 60 años o más y desea reclamar una deducción médica o una exención de trabajo.

- * certificado de nacimiento
- * certificado de nacimiento tardío
- * registros de bautismo
- * registros escolares
- * registros de censos federales y estatales
- * póliza de seguro
- * certificado de matrimonio (sin licencia)
- * documentos de descargo militar
- * tarjeta de reclutamiento militar
- * pasaporte de E.E. U.U.
- * licencia de conducir

PRUEBA DE CIUDADANÍA DE E.E. U.U. O ESTATUTO DE EXTRANJERO

- * Pasaporte de E.E. U.U.
- * certificado de ciudadanía de E.E. U.U.
- * certificado de naturalización
- * informe de nacimiento del consular
- * Ins I-94, I-151, o I-551
- * tarjeta de registración de extranjero
- * otros documentos de los Servicios de Inmigración y Naturalización

PRUEBA DE OTRA INCAPACIDAD

- * cheque de RSDI o SSI
- * carta de aprobación de RSDI o SSI

PRUEBA DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (para todas las personas que necesiten asistencia)

- * tarjeta de seguro social
- * correspondencia de la Administración de Seguro Social conteniendo el nombre y el número de seguro social de la persona
- * una carta de aprobación de la Administración de Seguro Social
- * tarjeta de Medicare
- * registro de empleo
- * declaración de impuestos
- * documento oficial conteniendo el número de seguro social
- * copia de "SSA-5028", un recibo de la solicitud de seguro social
- * copia de "SSA-2853", de la Administración de Seguro Social

PRUEBA DE TERMINACIÓN DE EMPLEO

- * carta de aviso la cual muestra la razón por la cual el empleo terminó, la fecha que terminó y la cantidad del último pago
- * nombre, dirección y teléfono del empleador anterior

PRUEBA DE RESIDENCIA

- * recibo de renta con su nombre, dirección, cantidad pagada y el nombre y el número de teléfono del dueño
- * contrato de arrendamiento
- * libro de hipoteca
- * facturas de utilidades

UTILIDADES, IMPUESTO DE PROPIEDAD, SEGURO DEL HOGAR, RENTA/HIPOTECA (si desea recibir crédito por pagarlas)

- * renta o hipoteca
- * teléfono
- * gas o aceite
- * electricidad
- * alcantarillado
- * seguro del hogar
- * declaración de impuestos de propiedad
- * honorarios de condominio

PRUEBAS DE OTROS GASTOS

- * gastos médicos no reembolsables si tiene 60 años o más o está incapacitado para reclamar una deducción médica
- * gastos de cuidados de dependientes
- * pagos legales obligatorios de manutención de niño(s) pagados a o para un miembro no asistente del grupo

PRUEBA DE INGRESO U HORAS TRABAJADAS

- * los talones de sus cuatro últimos cheques
- * carta del empleador
- * orden de manutención del tribunal u otro documento legal
- * cartas de beneficios (aprobación)
- * si trabaja de forma independiente, copia de la última declaración de impuestos
- * ingreso de alquiler (declaración del inquilino)
- * pago de huelgas
- * si trabaja de forma independiente, el nombre y el teléfono del contable.
- * verificación de horas trabajadas para adultos capaces sin dependientes

PRUEBA DE INELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS (Usted debe proveer una carta o formulario que muestre la inelegibilidad o vencimiento de cualquiera de los siguientes beneficios para los cuales usted haya aplicado)

- * seguro social
- * seguro social suplementario (SSI)
- * beneficios de veteranos
- * beneficios de desempleo
- * compensación del trabajador
- * beneficios por incapacidad o enfermedad
- * fondos de unión o beneficios de pensión
- * beneficios de retiro de ferrocarril

PRUEBA DE BIENES (Por cada persona que necesita cupones de alimentos, esto no aplica si su grupo de asistencia es elegible para los servicios o beneficios de Ohio Trabaja Primero (OTP), Asistencia Financiera de Incapacidad (AFI) y/o Seguro Social Suplementario (SSI) o un miembro es autorizado a recibir Prevención, Retención y Contingencia (PRC) la prueba de bienes es también necesaria si usted necesita asistencia médica.

- * una declaración escrita o efectivo en mano
- * declaración de cuentas de cheque y/o ahorros
- * declaración de financiamiento
- * planes Keogh
- * IRA
- * acciones o bienes
- * pólizas de seguro de vida
- * anualidades

Tus Derechos Civiles:

Se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: 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; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: 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 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.