

**Review/Recertification Eligibility Document
(Documento de Elegibilidad para
Revisión/Recertificación)**

Número del Caso

Número del Condado

Nombre del Asistente

¿Qué debo hacer con este formulario?

- Llenar este formulario.
- Enviar comprobantes si la pregunta indica **Enviar comprobantes**. Por ejemplo, los comprobantes de sus ingresos pueden ser sus recibos de sueldo, sus registros de trabajo independiente o las cartas de asignaciones recibidas.
- Firmar y fechar la página 4.
- Envíenos el formulario y el comprobante al domicilio mencionado anteriormente.
- Escriba sus respuestas en una hoja extra si no le alcanza el espacio.

¿Y si deseo hacer preguntas?

Llame a su asistente al teléfono . Aceptamos llamadas por cobrar.

Miembros del Grupo Familiar

Estas personas reciben beneficios con usted o se contabilizan para calcular sus beneficios:

Nombre/Nº de ID Estatal	Número de Social Security	Edad	Último grado escolar terminado	¿Es ciudadano? Sí/No	Si es extranjero ¿estatus?

¿Vive alguien más en su casa que no figura en la lista de la página 1? Sí No En caso afirmativo, llene la siguiente información.

¿Alguien se ha mudado a su casa o se ha ido de su casa? Sí No En caso afirmativo, llene la siguiente información.

Nombre	Número de Social Security	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Último grado escolar	Fecha en que se mudó	Fecha en que se fue	¿Ciudadano? Sí/No	Si es extranjero, ¿estatus?

Si se ha mudado, informe su nueva dirección.

Domicilio	Ciudad, estado y código postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad, estado y código postal

Si alguien ha abandonado la escuela o ya no asiste tiempo completo, indique quién es y cuándo.

Si alguien estudia en la universidad o en un programa de capacitación, indique quién, qué estudia y dónde.

Si alguno está en militares, un veterano, o una esposa de un veterano, lista sus nombres y los relacionados.

Indique el domicilio más reciente de cada padre/madre que no vive en el hogar. **Complételo sólo si recibe FIP.**

Nombre del padre/madre que no vive en el hogar	Domicilio de este padre/madre	Nombres de los hijos de este padre/madre

Por favor, díganos acerca de los procesos penales o descalificaciones

¿Alguien está escapando para evitar una acción judicial, custodia o encarcelamiento por un delito? Sí No

¿Alguien está violando una condición de libertad condicional o bajo palabra? Sí No

¿Alguien está encarcelado o se espera que vaya a la cárcel o prisión? Sí No

¿Alguien ha resultado descalificado de un programa de Food Assistance en cualquier estado debido a un caso de fraude o violación del programa? Sí No

Ingresos

Envíe comprobantes – Envíe todos los recibos de sueldo o comprobantes de ingresos de los últimos 30 días. Como comprobantes de propinas, envíe recibos de sueldos donde se indiquen las propinas, una declaración del empleador o sus registros de propinas. En el caso de empleos nuevos, envíe comprobantes donde figuren la primera fecha de pago, paga por hora y cantidad de horas semanales. Si dejó de trabajar, envíe un comprobante de la fecha en que cobró por última vez.

Debe informarnos sobre todo el dinero que gana cada una de las personas que vive en su casa. Si deja un espacio en blanco, consideraremos que no percibe este tipo de dinero. Por favor, utilice otra hoja de papel si la necesita.

Enumere todos los trabajos que tienen las personas que viven en su casa.

¿Quién trabaja?	¿Nombre del empleador?	¿Tiene esta persona recibe propinas?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿La cantidad de dinero proveniente de los empleos es más o menos igual que la que se muestra en el comprobante que envía? Si no, explique _____ Sí No

¿Alguien ha sido contratado para un trabajo, pero no recibió un cheque de pago todavía? En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿Nombre del empleador? _____ Sí No

¿El trabajo de alguna persona terminó en los últimos 30 días? En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿Nombre del empleador? _____ Sí No

¿Qué otro dinero ganan las personas que viven en su casa?	¿Quién recibe el dinero?	Cuanto por mes? Envíe comprobante
Por cuenta propia o trabajos esporádicos (Envíe los formularios federales de impuestos más recientes. Si no se completó la declaración de impuestos, envíe los registros que muestren sus ingresos y gastos.)		
Desempleo o Compensación a los Trabajadores		
Seguridad Social or SSI		
Beneficios para veteranos, pensiones o de jubilación		
Manutención de Menores o Pensión de Divorcio		
Dinero de amigos o parientes		
Otros: (Por ejemplo irregulares o una sola vez los pagos) Explique:		

¿La cantidad de dinero es más o menos igual que la que se muestra en el comprobante que envía?

Sí No Si no, explique por favor _____

Recursos (Activos)

¿Alguien tiene un auto, camioneta, bote, casa rodante, motocicleta u otro vehículo con licencia?

Sí No En caso afirmativo, la lista que el modelo y el año siguiente.

Indique el total de dinero que tienen en:

Cuentas de cheques/ahorro u otras cuentas bancarias o cooperativas de crédito \$ _____ ¿Quién? _____

Efectivo \$ _____ ¿Quién? _____

Acciones, bonos, certificados de ahorro, anualidades, IRA, Keogh u otros activos \$ _____ ¿Quién? _____

Indique si alguien tiene o es propietario de terrenos, edificios, o viviendas, que no sea la casa en que usted vive: _____

Indique si alguien posee una tutela testamentaria o un fideicomiso: _____

¿Alguien tiene seguro de vida o indemnización por fallecimiento? Sí No

Para FIP o Medicaid, indique todas las herramientas, maquinarias, ganado o colecciones que tengan:

Gastos

Si tiene gastos de **cuidado diurno** de un niño o un adulto incapacitado que vive con usted, infórmenos.

Quién recibe cuidado: _____ Monto \$ _____ por mes

Si alguien paga **manutención de menores** por orden judicial, infórmenos.

Quién paga: _____ Monto \$ _____ por mes **Envíe comprobante**

Si tiene **gastos médicos** de personas discapacitadas o mayores de 59 años que no están cubiertos por el seguro, infórmenos. Pueden ser facturas de médicos o del hospital, medicamentos, transporte, primas del seguro médico u otros gastos.

Quién paga: _____ Monto \$ _____ por mes **Envíe comprobante**

Vivienda y Servicios Públicos (Conteste estas preguntas solamente si recibe Food Assistance.)

¿Cuánto paga por **su parte** de los siguientes gastos?

Alquiler: \$ _____ por mes

Alquiler de terreno: \$ _____ por mes

Hipoteca: \$ _____ por mes

Si paga impuestos o seguros aparte de la hipoteca, indique los montos a continuación:

Impuestos a la propiedad: \$ _____ por _____

Seguro de propietario: \$ _____ por _____

Marque las casillas correspondientes a las facturas de servicios públicos que paga:

- Luz/electricidad Teléfono Recolección de residuos
 Gas Agua y cloacas Otros costos cobrados por el arrendador
 Otras, explique _____

- Marque esta casilla si debe pagar facturas por calefacción o aire acondicionado.
 Marque aquí si recibió asistencia para energía eléctrica durante el último año.
 Marque aquí si reside en una vivienda de renta reducida. Si la respuesta es sí, ¿cuál es su parte de la renta? \$ _____

Si recibe ayuda para pagar los gastos, infórmenos:

¿Qué gasto fue pagado?	¿Quién lo pagó?	Monto pagado

Cambios esperados

Infórmenos si algo ha cambiado o si espera que algo cambie.

Firma y Fecha

Certifico, bajo pena de cometer perjurio, que:

- Las respuestas que doy son correctas y completas según mi leal saber y entender.
- Mis respuestas con respecto a la ciudadanía o estado legal de extranjero de cada una de las personas que solicitan asistencia son correctas.

Sé que la información que proporcioné podría ocasionar que mis beneficios sean reducidos, aumentados o cancelados y que Department of Human Services podría revisar mi caso.

Su firma o marca	Teléfono	Fecha de hoy
Firma de la persona que ayudó a llenar este formulario, si corresponde	Teléfono	Fecha de hoy

¿Prefiere que nos comuniquemos con usted a la mañana o a la tarde?

¿Qué debo hacer con el formulario?

Después de llenar el formulario, le agradeceremos que lo envíe en el sobre adjunto. Envíelo por correo a la dirección de la oficina que figura en la página 1. La dirección está debajo de su dirección postal. Si desea puede traerlo personalmente a la oficina. Tiene derecho a pedir una solicitud y a presentarla con nombre, domicilio y firma legibles cuando lo desee.

Información sobre el Número de Social Security

Podemos ayudar sólo a aquellas personas que nos den su número de Social Security (SSN) o el comprobante de solicitud expedido por la oficina de Social Security. **No tiene obligación de darnos los SSN de las personas de su grupo familiar para las que no solicita asistencia, pero puede hacerlo si lo desea.** No obstante, utilizaremos los SSN informados del mismo modo que utilizamos los SSN de las personas que reciben asistencia.

Si no nos informa el SSN de algunos de los integrantes de su grupo familiar, deberemos denegar asistencia para dichas personas. Existen algunas excepciones a esta regla. Pregúntele a su asistente. No le informaremos ninguno de los SSN al Citizen and Immigration Service (Servicio de Ciudadanía e Inmigración).

Divulgación de Información - Opcional

¡Ayúdenos a ayudarle!

No es obligatorio que firme esta autorización, pero nos ayudaría a obtener la información que necesitamos para ayudarle y no tendríamos que pedirle que firme solicitudes específicas.

Debe saber que:

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si necesitáramos que nos proporcione más información, recibirá una carta informándole qué necesitamos y la fecha en que debe entregarla.
- Es su responsabilidad conseguir dicha información o pedirnos que le ayudemos a conseguirla.
- Si no nos proporciona dicha información ni nos pide ayuda antes de la fecha de entrega de la misma, su solicitud podría ser denegada o la asistencia podría terminar.
- Podríamos utilizar la siguiente autorización para obtener la información necesaria. **Pero aún así, deberá conseguir la información que le solicitemos o pedirnos ayuda para conseguirla.**
- Podríamos adjuntar una copia de la autorización a otros formularios para solicitarles a otras personas u organizaciones (como, por ejemplo, su empleador) que nos proporcionen información específica sobre usted o los miembros de su grupo familiar.

Escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo para autorizarnos a obtener la información necesaria. Recuerde de firmar página 4.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
(Release of Information)

Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar.
(I hereby authorize any person or organization to give the Iowa Department of Human Services requested information about me or other members of my household.)

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.
(A copy of this release is as valid as the original.)

Esta autorización no es válida en el caso de información protegida referida a la salud.
(This release does not apply to protected health information.)

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma.
(This release is good for 12 months from the date signed.)

Su nombre (en imprenta legible) (Your Name – please print clearly)	Nombre de otro adulto (en imprenta legible) (Other Adult Name – please print clearly)
Firma o marca (Signature or Mark)	Firma o marca (Signature or Mark)
Fecha (Date)	

Por favor, guarde esta hoja para su información.

Todos los programas

Verificamos todo lo que nos informa

La información que usted nos proporciona puede ser verificada por funcionarios federales, estatales y municipales para asegurarnos que es cierta. Las cosas que podemos verificar con respecto a las personas mencionadas son: SSN, empleo y salario, monto de la cuenta bancaria, montos recibidos de otras fuentes como Social Security o el seguro de desempleo, y el estado legal de extranjero. Si la información que nos proporciona no es correcta, podremos denegar su solicitud.

Podríamos verificar los registros de otros estados para ver si los miembros de su grupo familiar pueden recibir beneficios en Iowa. Esto se hace porque una persona podría haber sido descalificada de un programa en otro estado.

Verificamos y usamos sistemas informáticos como el State Income and Eligibility Verification System. Si algo que nos informó no coincide con la información del sistema, verificaremos para averiguar cuál es la correcta. Podríamos verificar su información contactando a su empleador, su banco o a otras personas.

Cosas que debe saber

Utilizaremos la información provista en este formulario para determinar qué asistencia puede recibir.

La unidad de Control de Calidad o la Unidad de Investigaciones pueden revisar su caso. Ellos pueden contactar a otras personas u organizaciones para obtener pruebas de su información. Al firmar esta solicitud, usted nos autoriza a divulgar información confidencial a la unidad de Control de Calidad o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con ellas para conservar sus beneficios.

En caso de no ser elegible para recibir beneficios, deberá reembolsar todos los beneficios que obtuvo o que hayan sido pagados a terceros en su nombre.

Sus gastos pueden ser usados para calcular el monto de la asistencia que reciba. Puede hacer que se incluyan los gastos en el cálculo de sus beneficios si informa y presenta comprobantes de sus gastos. Si no informa ni presenta comprobantes de sus gastos, entonces se considerará que usted eligió no reclamar el gasto. Puede informar y presentar comprobantes más adelante y el gasto puede ser usado para meses futuros.

Food Assistance (Asistencia para Alimentos)

Los hogares elegibles para la Food Assistance tal vez reciban un aviso de elegibilidad para el programa "Promoting Awareness of the Benefits of a Healthy Marriage" ("Concientización sobre los beneficios de un matrimonio saludable") y un panfleto con dichos beneficios. Al brindar esta información, el DHS puede usar diferentes reglas que pueden ayudarle a obtener Food Assistance.

Un grupo familiar solamente con solicitantes o beneficiarios de Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) puede solicitar la recertificación en cualquiera oficina de la Administración del Seguro Social.

Al firmar esta solicitud, usted acepta que todos los integrantes exigidos de su grupo familiar se inscribirán para trabajar y cumplirán con todas las normas laborales y de capacitación.

Normas del Programa Food Assistance

Siga estas reglas:

- **No** oculte ni proporcione información falsa a propósito para obtener Food Assistance.
- **No** use los beneficios de Food Assistance para comprar artículos que no sean alimentos, como por ejemplo alcohol o tabaco.
- **No** canjee, venda ni regale los beneficios de Food Assistance.
- **No** utilice los beneficios de Food Assistance de otra persona para su uso personal.

Sanciones del Programa Food Assistance

Toda persona que quebrante las normas mencionadas:

- No recibirá Food Assistance por **1 año la primera vez, 2 años la segunda vez, y en forma permanente la tercera vez;**
- Podrá ser sancionada con una multa de hasta \$250,000 o con prisión de hasta 20 años, o ambas; y
- Podrá ser excluida de Food Assistance por 18 meses adicionales, por orden judicial.

Si un tribunal le encuentra culpable de comprar, vender o comerciar con más de \$500 de Food Assistance, perderá sus beneficios para siempre.

Si un tribunal le encuentra culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por armas, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.

Si un tribunal le encuentra culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por sustancias controladas, perderá dichos beneficios por dos años la primera vez y para siempre la segunda vez.

No recibirá Food Assistance por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener Food Assistance en más de un estado a la vez. Esta sanción se aplica si proporciona información falsa acerca de quién es o dónde vive.

Dar información falsa a propósito puede ocasionar que iniciemos acciones legales en su contra, ya sea penal o civil. También puede ocasionar que sus beneficios sean reducidos o que deba reembolsar el dinero que recibió.

Por favor, guarde esta página para su información.

FIP o Refugee Cash Assistance (FIP o Asistencia en efectivo para refugiados)

Cosas que debe saber

Uso de su tarjeta de acceso electrónica (EAC) para acceder a fondos del FIP/RCA de su cuenta bancaria personal

Usted no puede acceder a sus beneficios de efectivo con su EAC ni con su tarjeta de débito personal en:

- Una licorería o cualquier otro lugar que venda principalmente bebidas alcohólicas
- Un casino u otro establecimiento de juegos y apuestas
- Un negocio que brinde servicios de entretenimiento para adultos, en el cual los artistas se desvistan o realicen un espectáculo sin ropa (como por ejemplo un local de strip tease)

Esto incluye estos tipos de negocios ubicados en Iowa, en territorios indígenas o en cualquier otro estado.

Si el DHS determina que usted ha accedido a sus beneficios de efectivo con su EAC o con su tarjeta de débito personal en uno de los lugares mencionados arriba, usted:

- Habrá cometido fraude
- Tiene que devolver la cantidad de dinero retirada, además de cualquier cobro inherente al retiro, y
- Su familia no obtendrá beneficios de dinero en efectivo durante 3 meses luego del primer uso incorrecto de la tarjeta, y 6 meses luego de cada uso incorrecto adicional

Al firmar la página 4, usted conviene en que ningún miembro de su grupo familiar usará la EAC o su tarjeta de débito personal para acceder a los fondos de FIP/RCA en lugares prohibidos.

Sus pagos de manutención de menores

Mientras reciba FIP, deberá renunciar a sus derechos de manutención de menores. El estado de Iowa retendrá la manutención de menores para reembolsar el dinero que usted recibe de FIP.

Multa por obtener FIP en más de un estado

No recibirá FIP por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener FIP en más de un estado a la vez. Esta sanción se aplica si proporciona información falsa acerca de dónde vive.

Tiene Derecho a Apelar

Usted o la persona que le esté ayudando pueden solicitar una audiencia de apelación si no están de acuerdo con las decisiones tomadas en su caso. En el caso de Food Assistance, puede apelar por escrito o por teléfono. Para todos los otros programas debe apelar por escrito. Para apelar por escrito, haga **una** de las siguientes cosas:

- Complete la solicitud electrónicamente en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o
- Escriba una carta diciéndonos por qué cree que la decisión está errada, o
- Llene un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Pídale en la oficina DHS del condado.

Envíe o lleve su apelación a Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar la apelación, pregunte en la oficina de DHS de su condado.

Puede representarse usted mismo o pedirle a un amigo, pariente, abogado o alguien más que actúe en su nombre.

Puede contactar a la oficina de DHS de su condado para informarse sobre servicios legales. Es posible que deba pagar dichos servicios. De ser así, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al (515) 243-1193.

No será Discriminado

Es política de Iowa Department of Human Services (DHS) ofrecer trato igualitario con respecto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, incapacidad, ideología política o estatus de veterano.

Si cree que DHS le ha discriminado o acosado, le agradeceremos que envíe una carta explicando detalladamente su queja a:

Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 o a través de correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

(Únicamente para Food Assistance) USDA – Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Ave SW, Washington, DC 20250-9410, o llamar al 1-866-632-9992 voz. Las personas que tengan problemas de audición o de habla, pueden contactarse a la USDA a través de Federal Relay Services al 800-877-8339; o al 800-845-6136 (español).