



SOLICITUD DE BENEFICIOS DE DINERO EN EFECTIVO DE ASISTENCIA TEMPORAL

Asistencia Temporal (TA) ofrece beneficios de dinero en efectivo a familias con hijos que cumplen los criterios para ayudarles a cubrir sus necesidades básicas.

- Llenar esta solicitud equivale a solicitar TA en condición de la persona que brinda cuidados a un menor de edad.
PODRÍA CUMPLIR LOS REQUISITOS DEL SUBSIDIO DE CUIDADOS INFANTILES. Los beneficiarios de TA deben participar en Requisitos de Trabajo a menos que estén exentos. Al participar podría cubrir los requisitos de Cuidados Infantiles. Si los necesita, solicítelos en: <https://dese.mo.gov/childhood/child-care-subsidy/families>
 - ✎ Para solicitarlos, haga clic en “Apply Online” (Solicitud en línea)
 - ✎ Para imprimir una solicitud en papel, haga clic en “Paper Application” (Solicitud en papel). (Puede llenarla en línea y luego imprimirla o bien imprímala en blanco y llénela a mano).

Need help with your application?

- Call the Family Support Division (FSD) Call Center at 855-373-4636, or
- Refer to Section 1 (page 4) to find your local FSD Resource Center for in-person help
- Need help in a language other than English?
 - ✎ Tell the customer service representative the language you need, or
 - ✎ See Section 7 (page 9) “Language” for more information.
- TTY users
 - ✎ Call 800-735-2966, or
 - ✎ Call Relay Missouri at 711
- See “Other Helpful Numbers” in Section 1 (page 4)

En español (Spanish) | ¿Necesita ayuda con su solicitud?

- Llame al Centro de Atención de la División de Apoyo a la Familia (FSD) al 855-373-4636, o;
- Consulte la sección 1 (página 4) para localizar el Centro de Recursos de la FSD más cercano.
- ¿Necesita ayuda en un idioma diferente al inglés?
 - ✎ Dígale al representante de servicio al cliente el idioma que usted necesita, o;
 - ✎ Consulte la Sección 7 “Idioma” (página 9) para obtener más información.
- Usuario de TTY:
 - ✎ Llame al 800-735-2966, o;
 - ✎ Llame al servicio de Relay Missouri al 711.
- Consulte “Otros números útiles” en la sección 1 (página 4).

En bosnio (Bosnian) - Da li trebate pomoć sa Vašom aplikacijom?

- Pozovite Centar za podršku porodici (FSD) na broj 855-373-4636 ili
- Pogledajte odjeljak 1 na 4-oj stranici gdje možete pronaći vaš lokalni FSD Resurs Centar (Resource Center)
- Da li Vam je potrebna pomoć na jeziku koji nije engleski?
 - ✎ Recite predstavniku servisa za kupce koji Vam je jezik potreban ili
 - ✎ Pogledajte odjeljak 7 na 9-oj stranici gdje piše „Jezik”, za više informacija.
- TTY korisnici
 - ✎ Pozovite 800-735-2966 ili
 - ✎ Pozovite Relay Missouri na 711
- Također možete vidjeti i “Druge korisne brojeve” u odjeljku 1 na 4-oj stranici

En vietnamita (Vietnamese) - Quý vị cần được trợ giúp về việc hoàn thành mẫu đơn yêu cầu?

- Vui lòng gọi đến Trung tâm Tiếp nhận Cuộc gọi của Ban Hỗ trợ Gia đình (Family Support Division (FSD)) theo số 855-373-4636 hoặc
- Vui lòng xem Mục 1 (trang 4) để tìm Trung tâm Tài nguyên của FSD nơi Quý vị cư ngụ.
- Quý vị cần được trợ giúp bằng một ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh?
 - ✎ Xin hãy nói chuyện với đại diện dịch vụ khách hàng về ngôn ngữ Quý vị cần hoặc
 - ✎ Vui lòng xem Mục 7 (trang 9) “Ngôn ngữ” để biết thêm thông tin chi tiết.
- Người dùng TTY
 - ✎ Vui lòng gọi đến số 800-735-2966 hoặc
 - ✎ Gọi cho Đường dây Chuyển tiếp Cuộc gọi của Tiểu bang Missouri theo số 711
 - ✎ Vui lòng xem “Các Số Hữu Ích Khác” trong Mục 38 (trang 30).

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL PROCESO DE SOLICITUD Y SU APROBACIÓN

Lea y llene la sección 26 “Orientación de TA”, (páginas 18 y 19) y la sección 27 “Plan de responsabilidad personal” (página 20). Si no las llena, el trámite de su solicitud se demorará y su solicitud podría ser RECHAZADA.

DEBE leer y llenar las páginas 5 a 25 y **FIRMAR** la sección 35 “Su consentimiento y firma” (página 25).

SI NECESITA MÁS ESPACIO: Si no hay suficiente espacio en una sección para escribir toda la información solicitada, incluya en una hoja en blanco la información adicional. Escriba el número de la sección correspondiente y el nombre de la sección de la información agregada.
Ejemplo: Sección 4: “Miembros de su hogar”, y toda su información adicional.

DOCUMENTOS NECESARIOS: Muchas secciones incluyen información en **NEGRITA** para enfatizar documentos necesarios como comprobantes de la información que ingresa en su solicitud, p. ej., extractos bancarios, certificados de nacimiento, talones de pago, etc.

- Si no tiene la documentación necesaria de cada sección, puede enviar o entregar su solicitud, sin embargo, el trámite no concluirá hasta que la FSD reciba todo.
- Si no proporciona toda la documentación necesaria, la FSD le enviará un formulario de “Solicitud de información” que detalla qué documentación puede proporcionar y cuándo necesita entregarla. También podría recibir formularios de “Autorización para divulgar información”. En dicho caso, puede:
 - enviar la documentación solicitada y el formulario de “Solicitud de información” a la FSD, o
 - firmar y enviar el formulario de “Autorización para divulgar información” que otorga permiso a la FSD para obtener la documentación solicitada en nombre de usted. Es su responsabilidad asegurarse de que la FSD reciba la documentación.

SECCIONES ADICIONALES: Es posible que deba llenar estas secciones adicionales:

- Si usted tiene la guarda y custodia de uno o más hijos y su otro o sus otros padres no tienen la custodia; lo que significa que no viven con usted y no han fallecido, usted **DEBE** llenar las siguientes secciones con la información de cada padre sin custodia de los menores que incluya en su solicitud de TA:
 - **Sección 37** (pp. 27 y 28), “Acuerdo de manutención infantil” y
 - **Sección 38** (pp. 29 y 30), “Información de servicios de manutención Infantil y canalización”.
 - Puede solicitar más copias de los formularios anteriores si necesita incluir a más de un padre sin custodia.
- Si elige que sus beneficios en efectivo de TA se depositen directamente en su cuenta corriente o de ahorros, llene la:
 - **Sección 36** (p. 26) “Acuerdo de depósito directo” y facilite un cheque anulado o pida a su banco que llene la Parte III del formulario.

REGÍSTRESE PARA VOTAR: ¿Le gustaría registrarse como votante? Llene las páginas 31 y 32.

CÓMO LLENAR: Puede introducir la información que conozca en su computadora e imprimir la solicitud para escribir posteriormente a mano el resto o puede imprimir la solicitud en blanco y llenarla posteriormente. Por motivos de privacidad, no guarde esta solicitud en una computadora pública. Puede guardarla en su computadora personal.

PLAZO DEL TRÁMITE: El trámite de su solicitud toma 30 días a partir de la fecha de su solicitud, a menos que haga falta información. La fecha de su solicitud es la fecha en que la FSD recibe su solicitud dentro de las horas hábiles usuales. Si la FSD recibe su solicitud después del horario laboral habitual, como días festivos, fines de semana o fuera de las horas hábiles usuales, la fecha de su solicitud será el día laboral siguiente.

CAMBIOS EN OTROS BENEFICIOS: La información dada a conocer en su solicitud de TA actualizará cualquier caso vigente que tenga de subsidio para Cuidados Infantiles, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), también conocido como Cupones para Alimentos o programas de MO HealthNet (Medicaid). Por lo tanto, si existen cambios en sus ingresos, recursos, miembros del hogar, etc., los mismos podrían ocasionar que se modifiquen los montos de los beneficios de esos otros programas.

PAGOS DE BENEFICIOS: Si se autoriza que reciba beneficios en efectivo de TA, su primer pago será:

- un mes parcial de beneficios si la FSD aprueba la solicitud en el mismo mes en que la presenta, o
- un mes completo de beneficios si la FSD aprueba la solicitud el mes posterior al que la presenta.

DERECHO A UNA AUDIENCIA: Si no está de acuerdo con la decisión de la FSD, puede solicitar una audiencia. Para obtener información sobre audiencias, consulte la “Información importante sobre su derecho a una audiencia” en la Sección 34 (página 24).

LÍMITE VITALICIO: Los beneficios en efectivo de TA tienen un límite vitalicio de 45 meses.

- En el caso de padres adolescentes de menos de 18 años de edad y que cursen *high school*, los meses no se suman al límite vitalicio hasta cumplir los 18 años.
- Los beneficios de TA pueden pagarse durante un periodo mayor al límite vitalicio si el participante:
 - recibe tratamiento o servicios por violencia doméstica o abuso de sustancias;
 - se le diagnostica un problema de salud mental y recibe tratamiento para ello;
 - colabora en el plan de tratamiento abierto de la División para Menores y el programa de capacitación laboral de la MWA;
 - vive una crisis familiar temporal, como despido laboral, incendio del hogar, es víctima de un delito o tuvo un accidente grave.

Secciones de la solicitud

Sección		Página
1	Información de contacto de la agencia	4
2	Nombre, dirección e información de contacto del solicitante	5
3	Miembros de su hogar	5-6
4	Violencia doméstica	7
5	Información relacionada con el ejército	7
6	Representante autorizado	8
7	Pagos de beneficios de TA	9
8	Análisis de drogas y rehabilitación	10
9	Idioma	11
10	Recepción de beneficios de TA en otro estado, bajo otro nombre o en otro hogar	11
11	Recursos	12
12	Plan funerario	12
13	Empleo (distinto de autoempleo)	12
14	Autoempleo	13
15	Ingresos adicionales	13
16	Pagos de manutención infantil y pensión alimenticia	13
17	Declaraciones	14
18	Información de nacimiento	14
19	Residencia	15
20	Miembros del hogar que se encuentran temporalmente fuera del hogar	15
21	Escolaridad de los miembros del hogar	15
22	Ciudadanía	16
23	Discapacidad	17
24	Pérdida del empleo o reducción de horas	18
25	Manutención infantil	18
26	Vivienda subsidiada	18
27	Requisitos de trabajo de TA	18
28	Orientación de TA	19-20
29	Plan de responsabilidad personal	21
30	Bienes que posee	22
31	Póliza de seguro de vida	23
32	Pagos de cuidados infantiles	23
33	Desvío de asistencia temporal	23
34	Dé a conocer cambios en un plazo de 10 días	24
35	Sus responsabilidades y derechos	23
36	Información importante sobre su derecho a una audiencia	24-25
37	Su consentimiento y su firma	26
38	Acuerdo de depósito directo	27
39	Acuerdo de manutención infantil	28-29
40	Información de servicios de manutención infantil y canalización	30-31

1. INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA AGENCIA (GUARDE ESTA HOJA PARA CONSULTARLA CUANDO SEA NECESARIO)

Para localizar el Centro de Recursos de la División de Apoyo a la Familia (FSD) o la oficina de MWA de su localidad:

1. Ingrese a: <https://dss.mo.gov/offices.htm>
2. Introduzca su código postal y haga clic en Enviar
3. Desplácese hacia abajo y consulte el mapa con las casillas para marcar:
 - Centros de recursos de la FSD
 - Centros de Missouri Work Assistance (MWA)
 - Despensas de alimentos
 - Centros de Agencias de Acción Comunitaria (CAA)

**Centro de información de la FSD
855-FSD-INFO (855-373-4636)**

Pregunte a un miembro del equipo acerca de los servicios de la FSD, a qué beneficios puede acceder o solicite ayuda con su solicitud.

Para llevar a cabo una entrevista 855-823-4908

HORARIO: Lunes a viernes, 6:00 a. m. a 6:30 p. m.

Línea de información automatizada de la FSD 800-392-1261

Consulte la situación de su solicitud de asistencia. Al llamar tendrá que proporcionar su número del Seguro Social y su fecha de nacimiento.

HORARIO: Respuesta las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Otros números útiles:

- **Manutención infantil:**
<https://dss.mo.gov/child-support/>
- **Servicios de rehabilitación para invidentes:**
800-592-6004
- **Relay Missouri: 711**
(línea de información si tiene una discapacidad auditiva o del habla)
- **Teléfono de texto:**
800-735-2966
- **Acceso de voz TTD:**
800-735-2466

Dónde enviar su solicitud llena:

- **Entréguela:** Tiene la opción de entregar su solicitud de TA con sus datos en un Centro de Recursos de la FSD. Para encontrar información, incluidos la disponibilidad y el horario de atención, del Centro de Recursos de la FSD de su región, visite: https://dss.mo.gov/dss_map/
- **Cargue su documento:** Visite mydssupload.mo.gov para cargar una copia de su documento.
- Envíe sus solicitudes por correspondencia a:
Family Support Division
PO BOX 2700
Jefferson City, MO 65102
- **Envíe por fax** sus solicitudes llenas:
Fax: 573-526-9400



NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL O DCN

2. NOMBRE, DIRECCIÓN E INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE

Nombre legal completo del solicitante: NOMBRES, APELLIDOS	Condado
Domicilio físico: Ingrese número de casa o apartamento, calle o carretera del condado, ciudad, estado y código postal	Distrito escolar
Solo solicitantes sin hogar: Dirección de entregas generales (ingrese nombre de la oficina postal, ciudad, estado y código postal)	
Dirección postal: ingrese apartado postal, número de casa o apartamento, calle o carretera del condado, ciudad, estado y código postal	
Número telefónico principal:	(marque uno) <input type="checkbox"/> Tel. cel. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro
Número telefónico secundario:	(marque uno) <input type="checkbox"/> Tel. cel. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro
Dirección de correo electrónico:	
Método preferido de contacto (marque uno)	<input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> *Texto <input type="checkbox"/> *Correo e. <input type="checkbox"/> Correo postal *No en todos lugares hay disponibilidad de mensajes de texto o correo electrónico
Método de contacto secundario (marque uno)	<input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> *Texto <input type="checkbox"/> *Correo e <input type="checkbox"/> Correo postal *No en todos lugares hay disponibilidad de mensajes de texto o correo electrónico

3. MIEMBROS DE SU HOGAR

Los miembros de su hogar que viven con usted incluyen a USTED Y LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR. Incluya a todos los miembros del hogar que tengan parentesco con usted o sus hijos, sean biológicos o putativos. Como solicitante, debe ser padre, tutor legal, cuidador o pariente de los menores que necesitan ayuda en el hogar. También debe solicitar beneficios para cualquier otro miembro del hogar que esté bajo su cuidado, guarda y custodia.

Incluya: Cónyuge, padre de los hijos para los cuales presenta solicitudes, padre, madre, hermana, hermano, abuelo, abuela, tío, tía, sobrino, sobrina, primos hermanos, padrastro, madrastra, hermanastro, hermanastra, tutor legal.

NO incluya: Hijos de 18 años que no estén en *high school*, hijos de 19 años o más ni amigos sin parentesco que no sean tutores legales.

Custodia compartida: Si tiene la custodia legal (*legal custody*) o la custodia física (*physical custody*) conjunta de alguno de los hijos que incluye en su hogar, debe incluir al otro padre como miembro del hogar en la sección 3 de "Miembros de su hogar" en la página 6 y marcarlos con "J" en "Solicitud de este miembro o miembro en custodia conjunta".

Marque esta casilla si tiene la custodia legal o física conjunta (50/50) de los hijos en su hogar:

Número del Seguro Social (SSN): Dado que está solicitando TA, debe proporcionar los SSN de usted y cada miembro del hogar que se incluya en el hogar.

- La ley federal requiere que proporcione el número del Seguro Social (SSN) de toda persona que desee recibir Asistencia Temporal. (42 U.S.C. § 1320b-7; 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C), 7 U.S.C. §§ 2011-2036 y la Ley del Seguro Social [SSA] de 1935 [Artículo 1137] con sus enmiendas de P.L. 98-369).
- Los miembros de su hogar (incluido usted) que no tengan SSN, pero estén legalmente capacitados para obtener un SSN, deben comprometerse a solicitar un SSN, de lo contrario, dicho miembro del hogar **no podrá acceder** a TA.
 - Lo canalizaremos a una oficina del Seguro Social para solicitar un SSN, o
 - puede solicitar un SSN por Internet, en *ssa.gov*. Llame e imprima una *Solicitud de tarjeta del Seguro Social*.
- Los inmigrantes que no puedan obtener legalmente un número del Seguro Social no están obligados a proporcionarlo ni solicitarlo.
- Si no solicita beneficios para usted, no es necesario que proporcione su número del Seguro Social. Sin embargo, podría reducirse el monto total de los beneficios de Asistencia en Efectivo de la persona para quien está presentando la solicitud porque no lo incluiremos a usted en el monto del beneficio.
- No usaremos su SSN como su número de identificación del Número de Cliente del Departamento (DCN).
- No proporcionaremos ningún SSN a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS).
- Usamos su información, incluido el SSN, para:
 - corroborar identidad;
 - corroborar ciudadanía y estatus migratorio;
 - corroborar ingresos y recursos;
 - evitar duplicación de beneficios;
 - definir y hacer cumplir manutenciones infantiles;
 - corroborar información por cotejo informático con agencias estatales, locales y federales y nuestros otros programas;
 - cobrar dinero si le hacemos sobrepagos de beneficios.
 - cooperar con otras agencias gubernamentales y sus contratistas para evaluar la Asistencia en Dinero en Efectivo

Podríamos entregar su información a funcionarios judiciales con el fin de arrestar a personas prófugas de la ley.

Información IMPORTANTE sobre ciudadanía y estatus migratorio:

- **Para beneficiarse de la mayor ayuda posible**, bríndenos información sobre la ciudadanía y el estatus migratorio de cada persona que solicite ayuda.
- Al conocer la ciudadanía y el estatus migratorio de todas las personas que pueden acceder a los beneficios nos permite incluirlos en el monto del beneficio de Asistencia Temporal. Si no nos proporciona esa información, el monto total del beneficio de TA para su hogar puede ser menor. Sin embargo, no repercutirá en la elegibilidad de las personas para quienes presenta solicitudes y de las cuales nos proporcione comprobantes de su ciudadanía o su condición de personas aprobadas que no son ciudadanas (*non-citizens*).
- No es necesario que nos brinde información sobre la ciudadanía y el estatus migratorio de las personas que no presentan solicitudes.
- Para llevar a cabo el trámite de solicitud no es necesario que nos brinde información sobre ingresos, recursos u otra información de aquellas personas que no compartan información sobre su respectiva ciudadanía o estatus migratorio.
- Si no solicita ningún beneficio para usted mismo o si opta por no proporcionar información migratoria o sobre ciudadanía, no intentaremos obtener dicha información a través de USCIS.
- La información sobre ciudadanía se proporciona en la Sección 20 (página 15).

Cómo llenar la siguiente tabla con los miembros de su hogar:

- **Nombre del miembro:** Nombre de la persona que vive en su lugar de residencia: inclúyase primero usted y luego a cada uno de los miembros del hogar. Si tiene la custodia conjunta 50/50 de algún menor en su hogar, debe incluir como miembro de su hogar a la persona con quien comparte la custodia conjunta, aunque no viva con usted. Esa persona se marcará como miembro con custodia conjunta.
- **Raza:** Ingrese: 1 para *blanco*, 2 para *negro o afroamericano*, 4 para *indígena norteamericano o nativo de Alaska*, 4A para *tribu reconocida por el gobierno federal*, 5 para *asiático*, 6 para *nativo de Hawái o las islas del Pacífico* y 7 para *otros*.
- **Sexo:** M para hombre, F para mujer.
- **Vínculo legal con usted:** Vínculos por matrimonio, consanguinidad o designación en tribunal (ejemplos: cónyuge, hijo, hija, tutor legal).
- **Estado civil:** Ingrese SGL para *soltero*, M para *casado*, D para *divorciado*, W para *viudo*, SEP para *separado*.
- **Fecha de matrimonio, divorcio, separación o viudez:** Ingrese la fecha del cambio en su estado civil.
- **Fecha de nacimiento** del miembro en cuestión.
- **Solicitud de este miembro o miembro en custodia conjunta:** Y para *Sí*, N para *No*, J para *Custodia conjunta* (si es el otro padre con quien comparte la custodia conjunta pero que no vive con usted).
- **SSN (Número del Seguro Social):** Proporcione el número del Seguro Social del miembro, si cuenta con uno.
- **Solicitud de SSN:** Ingrese Y para *Sí*, N para *No* (llenar solo si ese miembro del hogar no tiene un SSN).

Nombre del miembro	Raza	Sexo	Vínculo legal con usted	Estado civil	Fecha de matrimonio, divorcio, separación o viudez	Fecha de nacimiento	Solicitud de este miembro o miembro en custodia conjunta	SSN	Solicitud de SSN
1.			Yo						
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

4. Violencia Doméstica

La FSD hace estas preguntas para identificar víctimas y puedan recibir los beneficios y recursos apropiados para su situación y garantizar la confidencialidad de la información y documentación personal.

1. ¿Usted o algún miembro de su familia inmediata que viva en su hogar han sufrido maltratos físicos o emocionales de parte de un familiar o una pareja actual o anterior?
 Yes No
2. ¿Usted o algún miembro de su familia inmediata que viva en su hogar han sido forzados a tener sexo o realizar actos sexuales a pesar de negarse a hacerlo?
 Yes No
3. ¿Usted o algún miembro de su familia inmediata que viva en su hogar actualmente son perseguidos o acosados por una persona o un grupo?
 Yes No

5. Información relacionada con el ejército

La FSD hace estas preguntas para compartir información y brindar asistencia a los habitantes de Missouri que tienen un vínculo con el ejército.

1. ¿Usted o algún miembro de su familia inmediata han servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?
 Yes No
2. En caso afirmativo, ¿le gustaría obtener información sobre servicios relacionados con el ejército en Missouri?
 Yes No

6. REPRESENTANTE AUTORIZADO

Me gustaría que un representante autorizado me ayude a solicitar Asistencia Temporal (TA) o actúe en mi nombre si recibo TA.

Sí No Si respondió 'Sí', llene esta sección:

Al designar a un representante autorizado, usted autoriza que la FSD envíe cartas y avisos a su representante autorizado. La persona que designe debe tener 18 años o más y conocer su situación lo suficientemente bien para poder llenar su solicitud o actuar en su nombre. No falseará, ocultará ni omitirá deliberadamente información, hechos o sucesos que las leyes, normas o reglas de este estado o de los Estados Unidos exijan que se den a conocer.

Autorizo/Autorizamos que esta persona (mayor de 18 años) sea responsable de (marque una o más casillas):

- Ayudarme/Ayudarnos a solicitar beneficios de TA, lo que incluye actuar en mi/nuestro nombre si se me/nos otorga la autorización para acceder a los beneficios de TA, lo que a su vez incluye hacer revisiones, dar a conocer cambios y recibir avisos.
- Acceder a las comunicaciones en línea de la cuenta de la FSD.
- Acceder a las comunicaciones en línea de la cuenta de la FSD solo después de mi fallecimiento.

Nombre legal completo del representante autorizado (nombres, apellidos)

Fecha de nacimiento del representante autorizado

Dirección postal del representante autorizado:

Ingrese número de casa o apartamento, calle o camino del condado, ciudad, estado y código postal

Número de teléfono principal del representante autorizado

(marque uno)

Celular Casa Trabajo Otro

Comprendo/Comprendemos que me hago/nos hacemos responsable/s de la información que proporcione mi/nuestro representante autorizado, incluida toda la información que pudiera ser incorrecta.

Su firma (solicitante):

Firma del representante autorizado:

7. PAGOS DE BENEFICIOS DE TA

- Debe usar sus beneficios de dinero en efectivo de TA para ayudar a sus hijos.
- Es posible que sus beneficios de dinero en efectivo de TA se abonen a una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) o se paguen en depósitos directos en una cuenta bancaria. Si se autoriza que reciba TA, pero en el primer pago no está definido su depósito directo, el primer cheque se enviará por correspondencia.
- No puede usar su tarjeta EBT en:
 - licorerías;
 - casinos o establecimientos de juego;
 - tiendas que brinden entretenimiento para adultos, y
 - lugares o para artículos usados por adultos mayores de 18 años que no sean para el beneficio del menor o el hogar.

El uso indebido de los beneficios de TA es ilegal:

- Se supervisarán sus transacciones EBT.
- Si hace un mal uso de su dinero de TA, es posible que se lleve a cabo una investigación y tenga que devolver el dinero.
- Son infracciones a la ley comprar los pagos o la tarjeta EBT de otra persona o vender sus pagos o su tarjeta EBT.

Método de pago de los beneficios de TA:

- Mencione a continuación cómo desea recibir el pago de sus beneficios en efectivo de TA si se autoriza que reciba TA. Si elige depósitos directos, llene el formulario de solicitud de depósitos directos en la Sección 36 (página 26) de esta solicitud.

Responda lo siguiente:

¿Cómo desea obtener su beneficio en efectivo de TA?

Depósito directo Tarjeta EBT

¿Necesita una tarjeta EBT?

Sí No

Información de depósitos directos (llene la sección 36 en la página 26):

El proceso de verificación de su cuenta bancaria demora por lo menos 10 días.

- Cualquier pago que se realice antes de que el banco verifique su cuenta se le enviará mediante giro postal o transferencia electrónica de beneficios.
- El pago se transfiere a su banco en la fecha en que se giran los cheques de su tipo de asistencia. Si tiene alguna pregunta sobre si un pago se ha acreditado en su cuenta, puede obtener dicha información de parte de su banco.
- Si necesita cambiar su cuenta bancaria de depósitos directos, comuníquese con el Servicio al Cliente de la División de Apoyo a la Familia al 855-373-4636. Solicite inmediatamente que se detenga el depósito directo a la cuenta bancaria existente. Si no lo hace, su pago se demorará.
- Cualquier pago realizado después de cerrar su cuenta de depósitos directos se realizará mediante un cheque que se le enviará por correspondencia a su dirección postal.

8. ANÁLISIS DE DROGAS Y REHABILITACIÓN

IMPORTANTE: Llene esta sección y colabore con un análisis de drogas o una rehabilitación si desea conseguir y conservar sus beneficios de TA

Esta sección incluye información importante sobre análisis de drogas y rehabilitación. ¡Si se niega a cooperar en esta sección podría quedar privado del derecho de recibir TA durante un período de 3 años!

- La ley de Missouri requiere que la FSD haga preguntas a los solicitantes de TA en torno al uso de drogas ilegales.
- Si se niega a responder estas preguntas, **NO PODRÁ RECIBIR TA DURANTE 3 AÑOS**. Si no está de acuerdo, puede solicitar una audiencia.*
- **Es posible que deba someterse a un análisis de drogas**
 - Recibirá una carta de la empresa que realiza los análisis de drogas en que se informa dónde y cuándo debe realizarse el análisis de drogas.
 - Si no se presenta a la cita, no tiene toda la documentación necesaria en el momento de su análisis de drogas o no se somete al análisis de drogas, **NO PODRÁ RECIBIR TA DURANTE 3 AÑOS**. Si no está de acuerdo, puede solicitar una audiencia.*
- **Puede optar por una rehabilitación del abuso de sustancias en lugar de someterse a un análisis de drogas.**
 - Si está usando drogas ilegales, puede optar directamente por la rehabilitación respondiendo "Sí" en la pregunta #2 de la siguiente sección "Análisis de drogas".
 - Si se aprueba que reciba TA, el requisito de análisis de drogas no disminuirá sus beneficios siempre que cumpla con los requisitos de rehabilitación del abuso de sustancias que define el Departamento de Salud Mental (DMH).
- **Si el resultado del análisis es positivo:**
 - Debe aceptar integrarse, participar y concluir satisfactoriamente un programa de rehabilitación del abuso de sustancias a través del DMH o **NO PODRÁ RECIBIR TA DURANTE 3 AÑOS**. Si no está de acuerdo, puede solicitar una audiencia.*
 - Si se aprueba que reciba TA, el requisito de análisis de drogas no disminuirá sus beneficios siempre que cumpla con los requisitos de rehabilitación del abuso de sustancias que define el DMH.
- **Si lo canalizan a un programa de rehabilitación de drogas:**
 - El DMH se comunicará con usted para evaluar si necesita rehabilitación.
 - Si no se presenta a la rehabilitación o no la concluye, **NO PODRÁ RECIBIR TA DURANTE 3 AÑOS**. Si no está de acuerdo, puede solicitar una audiencia.*
 - Si se aprueba que reciba Asistencia Temporal, el requisito de análisis de drogas no disminuirá sus beneficios siempre que cumpla con los requisitos de rehabilitación del abuso de sustancias que define el DMH.
- **Si no cumple los requisitos para recibir TA, debe informar a la FSD quién es su beneficiario protector (Protective Payee):**
 - Debe elegir a una persona que reciba los beneficios de TA para el resto de los miembros de su hogar. Esa persona se denomina "beneficiario protector". Si no elige un beneficiario protector, la FSD elegirá a dicha persona. Si no está de acuerdo, puede solicitar una audiencia.*

*Consulte la Sección 34 (páginas 23 y 24) para obtener "Información importante sobre su derecho a una audiencia".

Análisis de drogas (responda lo siguiente):

1. ¿Cuántas veces en el último año ha consumido drogas ilegales o usado medicamentos recetados sin ningún motivo médico? (Marque uno).

- 0 1 a 5 6 a 9 10 o más Me rehúso a responder (**NO PODRÁ RECIBIR TA DURANTE 3 AÑOS**)

2. Si debe someterse a un análisis de drogas, ¿desea que lo canalicen al DMH para rehabilitación del abuso de sustancias en lugar de someterse al análisis de drogas?

- Sí No

Canalizaciones continuas para análisis de drogas

- **Si se aprueba que reciba Asistencia Temporal, tiene 18 años o más y es el representante de su hogar, su nombre se cotejará con los registros de la Patrulla de Caminos de Missouri (MHP).**
 - La FSD enviará su nombre a la MHP para que la MHP coteje su nombre con sus registros.
 - La MHP enviará información a la FSD sobre arrestos o condenas relacionadas con drogas en los últimos 12 meses.
 - Si tuvo un arresto o una condena relacionados con drogas, su nombre se enviará a una empresa que realice análisis de drogas.
 - La empresa que realiza los análisis de drogas le enviará una carta indicándole dónde y cuándo debe someterse al análisis de drogas.
 - Si no se presenta a la cita o no se somete al análisis de drogas, **NO PODRÁ RECIBIR TA DURANTE 3 AÑOS**. Si no está de acuerdo, puede solicitar una audiencia. Consulte la Sección 34 (páginas 23 a 24) para obtener "Información importante sobre su derecho a una audiencia".

9. IDIOMA

La FSD necesita conocer información sobre el idioma que habla para brindarle una mejor ayuda. El idioma que hable no repercute en la posibilidad que tiene de recibir beneficios de TA.

¿Puede hablar inglés?

Sí No Si respondió 'Sí', pase a la sección 7.

Si respondió 'No', ¿qué idioma habla? Albanés Árabe Chino Farsi Francés Alemán
 Italiano Coreano Kurdo Rumano Ruso Somalí Español Sudanés Vietnamita
 Otro (especifique):

10. RECEPCIÓN DE BENEFICIOS DE TA EN OTRO ESTADO, BAJO OTRO NOMBRE O EN OTRO HOGAR

1. ¿Usted o alguien de su hogar han recibido alguna vez beneficios de TA o del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) en otro estado?

Sí No Si respondió 'Sí', especifique a continuación. Si aplica a usted, comience con usted.

Nombres de los miembros del hogar que recibieron beneficios en otro estado	Indique los estados donde se recibieron los beneficios de TA	Beneficio de TA del mes pasado que se recibió en otro estado	Tipo de beneficio (SNAP, TA o ambos)

2. ¿Usted o alguien de su hogar han recibido beneficios de TA o SNAP bajo otro nombre?

Sí No Si respondió 'Sí', especifique a continuación. Si aplica a usted, comience con usted.

Nombres de los miembros del hogar que recibieron beneficios con otro nombre	Nombre con el que se recibieron los beneficios	Tipo de beneficio (SNAP, TA o ambos)

3. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar reciben actualmente TA o SNAP como miembro de otro hogar?

Sí No Si respondió 'Sí', especifique a continuación. Si aplica a usted, comience con usted.

Nombres de los miembros del hogar que reciben beneficios como miembros de otro hogar	Tipo de beneficio (SNAP, TA o ambos)

11. RECURSOS

¿Usted o alguien de su hogar tienen cuentas corrientes, cuentas de ahorro, dinero en efectivo disponible, certificados de depósito, acciones, bonos de ahorro, bonos corporativos, deudas por cobrar, fideicomisos u otras inversiones? Sí No

Si respondió 'Sí', especifique para cada miembro del hogar. Si aplica a usted, comience con usted.

Para tramitar su solicitud deben comprobarse los recursos (como cuentas corrientes). Si cuenta con esta información, proporciónela con esta solicitud. Si no cuenta con ella se le pedirá que la proporcione en una fecha posterior. La FSD puede ayudarlo a conseguir esta información, pero es su responsabilidad asegurarse de que la FSD la reciba.

Nombre del miembro del hogar que posee el recurso	Es una cuenta conjunta; ¿usted contribuye? (Sí o No)	Fecha de apertura de la cuenta	Valor o saldo	Descripción del recurso (ej., cuenta de ahorros)	Ubicación del recurso (ej., nombre del banco)	¿El miembro del hogar tiene acceso a este recurso? (Sí o No)
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			

12. PLAN FUNERARIO

¿Usted o alguien de su hogar tienen o han hecho pagos a un plan funerario? Sí No

Si respondió 'Sí', especifique para cada miembro del hogar. Si aplica a usted, comience con usted.

Para tramitar su solicitud deben comprobarse los planes funerarios. Si tiene una copia del plan funerario que especifique titular de la póliza, nombre de la aseguradora (si corresponde), número de la póliza de seguro (si corresponde), valor nominal del plan y valor de rescate del beneficio del plan, proporciónela con esta solicitud. Si no tiene esta información, se le pedirá que la proporcione en una fecha posterior. La FSD puede ayudarlo a conseguir esta información, pero es su responsabilidad asegurarse de que la FSD la reciba.

Nombre del miembro del hogar que posee el plan funerario	Titular de la póliza	Fecha de emisión	Nombre de la aseguradora	Número de la póliza de seguro	Valor nominal del plan	Valor de rescate en efectivo del beneficio del plan

13. EMPLEO (distinto de AUTOEMPLEO)

¿Está usted o algún otro miembro de su hogar tienen un empleo? Sí No

Si respondió 'Sí', especifique para cada miembro del hogar. Si aplica a usted, comience con usted. Si un miembro del hogar tiene más de un empleo, anote cada empleo en líneas separadas.

Para tramitar su solicitud debemos comprobar que tiene un empleo. Si tiene copias de los talones de pago de los últimos 30 días, proporciónelas con esta solicitud. Si no cuenta con ellas, se le pedirá que las proporcione en una fecha posterior. La FSD puede ayudarlo a conseguir esta información, pero es su responsabilidad asegurarse de que la FSD la reciba.

Nombre del miembro del hogar con empleo	Fecha de inicio	Nombre del empleador	Dirección y teléfono del empleador	Pago bruto antes de deducciones	Frecuencia de los pagos
				\$	<input type="checkbox"/> Semanales <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensuales <input type="checkbox"/> Otro; explique: _____
				\$	<input type="checkbox"/> Semanales <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensuales <input type="checkbox"/> Otro; explique: _____

14. AUTOEMPLEO

¿Usted o alguien de su hogar tienen un negocio familiar o un autoempleo? Ejemplos: niñera(o), ingresos agrícolas, trabajos eventuales, etc.

Sí No Si respondió 'Sí', llene lo siguiente. Si respondió 'No', pase a la sección 13.

Para tramitar su solicitud debemos comprobar que tiene un autoempleo. Si trabajó por cuenta propia durante todo el año de enero a diciembre, puede proporcionar su declaración de impuestos más reciente. Si no ha trabajado por cuenta propia durante todo el año, puede reunir libros de contabilidad, recibos, registros de cuentas comerciales, referencias, etc., y proporciónelos con esta solicitud. Si no cuenta con ellos, se le pedirá que los proporcione en una fecha posterior. La FSD puede ayudarlo a conseguir esta información, pero es su responsabilidad asegurarse de que la FSD la reciba.

- Los libros de contabilidad a continuación deben reflejar los ingresos por autoempleo de los últimos 3 meses.
- Los ingresos registrados deben ser los mismos que el Servicio de Impuestos Internos (IRS) exige que el miembro del hogar dé a conocer en sus formularios de impuestos.
- Debe indicar mes, año, ingreso bruto, gastos totales y tipo de gastos. (Se le pedirá que proporcione comprobantes de esta información).

Nombre del miembro del hogar con autoempleo:

Nombre del negocio o tipo de negocio:

Fecha de inicio:

Mes y año	Ingresos y gastos
	<p style="text-align: center;">Ingreso bruto \$ _____</p> <p style="text-align: center;">Total de los gastos \$ _____</p> <p>Especifique tipo de gastos reclamados:</p>
	<p style="text-align: center;">Ingreso bruto \$ _____</p> <p style="text-align: center;">Total de los gastos \$ _____</p> <p>Especifique tipo de gastos reclamados:</p>
	<p style="text-align: center;">Ingreso bruto \$ _____</p> <p style="text-align: center;">Total de los gastos \$ _____</p> <p>Especifique tipo de gastos reclamados:</p>

Nombre del miembro del hogar con autoempleo:

Nombre del negocio o tipo de negocio:

Fecha de inicio:

Mes y año	Ingresos y gastos
	<p style="text-align: center;">Ingreso bruto \$ _____</p> <p style="text-align: center;">Total de los gastos \$ _____</p> <p>Especifique tipo de gastos reclamados:</p>
	<p style="text-align: center;">Ingreso bruto \$ _____</p> <p style="text-align: center;">Total de los gastos \$ _____</p> <p>Especifique tipo de gastos reclamados:</p>
	<p style="text-align: center;">Ingreso bruto \$ _____</p> <p style="text-align: center;">Total de los gastos \$ _____</p> <p>Especifique tipo de gastos reclamados:</p>

15. INGRESOS ADICIONALES

Especifique los ingresos adicionales:

Manutención infantil	Intereses o dividendos
Seguro Social (ingrese número de reclamación):	Pensión, jubilación o incapacidad
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI),	Beneficios para veteranos
Ingresos por incapacidad del Seguro Social (SSDI),	Seguro de desempleo
Programa de Seguro de Vejez, Sobrevivientes e Incapacidad (OASDI)	Dinero de amigos o familiares
Pagos por incapacidad financiados por el patrón	Otro (describa los ingresos adicionales que tenga)
Fondo fiduciario o anualidades	

¿Usted o alguien de su hogar reciben actualmente otros ingresos o han recibido otros ingresos en los últimos 30 días?

Sí No

Si respondió 'Sí', especifique para cada miembro del hogar. Si aplica a usted, comience con usted.

- **Para tramitar su solicitud debemos comprobar sus ingresos adicionales. Si tiene alguno de los documentos que se indican a continuación, proporciónelos con esta solicitud. Si no cuenta con ellos, se le pedirá que los proporcione en una fecha posterior. La FSD puede ayudarlo a conseguir esta información, pero es su responsabilidad asegurarse de que la FSD la reciba.**
 - **Fondos fiduciarios, anualidades y pensiones o jubilaciones:** Carta de concesión o estado de cuenta del plan que muestre el monto de los ingresos mensuales.
 - **Beneficios de la Administración de Veteranos (VA):** Carta de VA con el monto vigente del beneficio.
 - **Dinero de amigos o familiares:** Una declaración escrita de la persona que le entregó el dinero.

Nombre del miembro del hogar:	Otro tipo de ingreso (vea la lista anterior)	Monto del pago	Frecuencia de los pagos
			<input type="checkbox"/> Semanales <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensuales <input type="checkbox"/> Otro; explique: _____
			<input type="checkbox"/> Semanales <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensuales <input type="checkbox"/> Otro; explique: _____
			<input type="checkbox"/> Semanales <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensuales <input type="checkbox"/> Otro; explique: _____
			<input type="checkbox"/> Semanales <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensuales <input type="checkbox"/> Otro; explique: _____

16. PAGOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL Y PENSIÓN ALIMENTICIA

¿Usted o alguien de su hogar pagan manutención infantil o pensión alimenticia a alguien **ajeno** al hogar? Sí No

Si respondió 'Sí', especifique para cada miembro del hogar. Si aplica a usted, comience con usted.

Miembro del hogar que realiza los pagos	Persona que recibe los pagos	Cantidad que se paga	Tipo de pago (manutención infantil/ pensión alimenticia)	Frecuencia de los pagos
				<input type="checkbox"/> Semanales <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensuales <input type="checkbox"/> Otro; explique: _____
				<input type="checkbox"/> Semanales <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensuales <input type="checkbox"/> Otro; explique: _____

17. DECLARACIONES

En esta sección responda "Sí" si alguna persona ha sido juzgada como adulto o tuvo agendado un juicio. Si responde "Sí", especifique todos los miembros del hogar a los que aplica la respuesta. Si la pregunta no aplica a nadie en el hogar, responda "No".

		Si responde "Sí", indique el nombre del miembro del hogar	Si responde "Sí", indique la fecha de la infracción
¿Usted o algún miembro de su hogar han sido condenados por comprar o vender beneficios del SNAP por \$500 o más, después del 22/Sept/1996?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted o algún miembro de su hogar se ocultan de las autoridades para evitar juicio, prisión preventiva o encarcelamiento por un crimen (o intento de crimen) considerado delito grave?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted o algún miembro de su hogar infringieron su libertad condicional o condena condicional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted o algún miembro de su hogar reciben SNAP (Cupones para Alimentos)/TA bajo otra identidad, o como miembro de otro hogar o en otro estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted o algún miembro de su hogar han sido condenados por un delito grave de orden federal o estatal por posesión, uso o distribución ilegales de una sustancia farmacéutica controlada, después del 22/Sept/1996?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted o algún miembro de su hogar han sido condenados por recibir fraudulentamente beneficios del SNAP (Cupones para Alimentos)/TA duplicados, en cualquiera de los estados, después del 22/Sept/1996?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", ¿en qué estado?:		
¿Usted o algún miembro de su hogar han sido condenados por intercambiar beneficios del SNAP por armas, municiones o explosivos, después del 22/Sept/1996?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted o algún miembro de su hogar han sido condenados por intercambiar beneficios del SNAP por drogas, después del 22/Sept/1996?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

18. INFORMACIÓN DE NACIMIENTO

Llene lo siguiente con los datos de cada miembro del hogar, comenzando con usted. **Siga el mismo orden de "Miembros de su hogar" en la Sección 2. Si el miembro del hogar nació en Missouri, es posible que la FSD no necesite información adicional. Si tiene certificados de nacimiento de los miembros del hogar que no nacieron en Missouri, proporciónelos con esta solicitud. Si no cuenta con ellos, se le pedirá que los proporcione en una fecha posterior. La FSD puede ayudarlo a conseguir esta información, pero es su responsabilidad asegurarse de que la FSD la reciba.**

Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Sus padres estaban casados cuando nació?	Nombre de soltera de la madre (nombres, apellidos)	Nombre del padre (nombres, apellidos)	Condado de nacimiento	Estado de nacimiento
1.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
2.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
3.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
4.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
5.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
6.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
7.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
8.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
9.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
10.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

19. RESIDENCIA

¿Usted y todos los miembros del hogar son residentes de Missouri? ¿Todos planean permanecer en Missouri? Sí No
 Si respondió 'No', indique el nombre de cada miembro del hogar que no sea residente de Missouri o que no planea quedarse. Si aplica a usted, comience con usted.

1.	2.	3.
----	----	----

20. MIEMBROS DEL HOGAR QUE SE ENCUENTRAN TEMPORALMENTE FUERA DEL HOGAR

Lista de razones por las que un miembro podría estar fuera del hogar:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Está en custodia de la División para Menores | Forma parte de Job Corps |
| Está en un centro de tratamiento | Está temporalmente fuera del estado |
| La División para Menores lo ha asignado en un hogar de prueba | Cursa la escuela |
| Está hospitalizado | Otro (describa) |

¿Usted o alguno de los miembros de su hogar están temporalmente fuera del hogar? Sí No
 Si respondió 'Sí', especifique el nombre de cada miembro del hogar que esté temporalmente fuera del hogar. Si aplica a usted, comience con usted.

Miembro del hogar que está fuera del hogar	Fecha en que salió del hogar	Fecha prevista de retorno	Domicilio actual	Condado

Motivo por el cual salió del hogar (consulte la lista anterior):

--	--	--	--	--

Motivo por el cual salió del hogar (consulte la lista anterior):

--	--	--	--	--

Motivo por el cual salió del hogar (consulte la lista anterior):

21. ESCOLARIDAD DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Llene lo siguiente con sus datos y los de las personas de su hogar que asistan a la escuela, incluidos los menores que tengan que iniciar *kindergarten* o que tengan 6 años o más. Comience con usted. **En el caso de los miembros del hogar que tengan 17 años o más y asistan a *high school*, proporcione un documento de la escuela que demuestre que el estudiante está inscrito, el estatus del estudiante y la fecha prevista de graduación. Si no tiene esta información, se le pedirá que la proporcione en una fecha posterior. La FSD puede ayudarlo a conseguir esta información, pero es su responsabilidad asegurarse de que la FSD la reciba.**

Nombre del miembro del hogar	Último grado concluido	Estado de inscripción: NE=No está inscrito PT=Tiempo parcial HT=Medio tiempo FT= Tiempo completo	Grado obtenido DP=Diploma CE=Certificado AS=Associates BA=Licenciatura MA=Maestría PH=Doctorado	Nombre de la escuela	Tipo de escuela Ejemplos: Primaria High school Educación en casa Universidad	Ciudad de la escuela	Si tiene más de 17 años, fecha de graduación exacta o prevista
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

22. CIUDADANÍA

- ¿Todos los miembros de su hogar son ciudadanos estadounidenses? Sí No
- Si respondió 'No', especifique debajo el estatus migratorio de cada miembro del hogar que no sea ciudadano estadounidense.
- Si no es ciudadano estadounidense, su elegibilidad de TA depende de su fecha de ingreso a los EE. UU. y si su condición de ciudadanía es calificada o no lo es.
- Ciertos ciudadanos calificados que no son estadounidenses no pueden participar durante 5 años a partir de su fecha de ingreso.
- No incluya datos de los miembros del hogar que no presenten una solicitud.

Para tramitar su solicitud debemos comprobar su condición de ciudadanía. Si tiene alguno de los documentos que se indican a continuación, proporcione copias con esta solicitud. Si no cuenta con ellos, se le pedirá que los proporcione en una fecha posterior. La FSD puede ayudarlo a conseguir esta información, pero es su responsabilidad asegurarse de que la FSD la reciba.

- Certificado de nacimiento
- Carta de certificación
- DD214
- Identificación militar
- Carta del Departamento Canadiense de Asuntos Indígenas
- Orden de un juez de inmigración
- Documentación de USCIS o Homeland Security que indique condición de extranjero
- Otro (explique)

Estatus migratorio de estos miembros del hogar	Especifique los miembros del hogar con este estatus migratorio	Fecha de ingreso a EE. UU.	Auspiciante (si corresponde)
<input type="checkbox"/> Amerasiáticos			
<input type="checkbox"/> Inmigrante maltratado			
<input type="checkbox"/> Inmigrante cubano o haitiano			
<input type="checkbox"/> En negativa a responder			
<input type="checkbox"/> Deportación aplazada			
<input type="checkbox"/> Asilo concedido			
<input type="checkbox"/> Ingreso condicionado concedido			
<input type="checkbox"/> Nativo transfronterizo, hmong o de tierras altas de Laos			
<input type="checkbox"/> Inmigrante			
<input type="checkbox"/> Inmigrantes con conexión militar			
<input type="checkbox"/> Residente legal permanente			
<input type="checkbox"/> Micronesia			
<input type="checkbox"/> Ciudadano			
<input type="checkbox"/> Indocumentado			
<input type="checkbox"/> En libertad bajo palabra			
<input type="checkbox"/> Refugiado			
<input type="checkbox"/> Visa de inmigrante especial (Irak o Afganistán)			
<input type="checkbox"/> Visa de estudiante			
<input type="checkbox"/> Inmigrante temporal			
<input type="checkbox"/> Estatus de protección temporal			
<input type="checkbox"/> Víctima de trata			
Estatus migratorio de estos miembros del hogar	Especifique los miembros del hogar con este estatus migratorio	Fecha de ingreso a EE. UU.	Auspiciante (si corresponde)
<input type="checkbox"/> Amerasiáticos			
<input type="checkbox"/> Inmigrante maltratado			
<input type="checkbox"/> Inmigrante cubano o haitiano			
<input type="checkbox"/> En negativa a responder			
<input type="checkbox"/> Deportación aplazada			
<input type="checkbox"/> Asilo concedido			
<input type="checkbox"/> Ingreso condicionado concedido			
<input type="checkbox"/> Nativo transfronterizo, hmong o de tierras altas de Laos			
<input type="checkbox"/> Inmigrante			
<input type="checkbox"/> Inmigrantes con conexión militar			
<input type="checkbox"/> Residente legal permanente			
<input type="checkbox"/> Micronesia			
<input type="checkbox"/> Ciudadano			
<input type="checkbox"/> Indocumentado			
<input type="checkbox"/> En libertad bajo palabra			
<input type="checkbox"/> Refugiado			
<input type="checkbox"/> Visa de inmigrante especial (Irak o Afganistán)			
<input type="checkbox"/> Visa de estudiante			
<input type="checkbox"/> Inmigrante temporal			
<input type="checkbox"/> Estatus de protección temporal			
<input type="checkbox"/> Víctima de trata			

23. DISCAPACIDAD

¿Usted o alguien de su hogar son invidentes, discapacitados o no pueden trabajar a causa de enfermedades o lesiones? Sí No
 Si respondió 'Sí', llene lo siguiente con los datos de los miembros de su hogar con dichas afecciones. Si aplica a usted, comience con usted.

Algunas de las discapacidades a continuación detallan información en negrita que puede usar para comprobar su discapacidad. Si no tiene esa información, se le pedirá que la proporcione en una fecha posterior. La FSD puede ayudarlo a conseguir esta información, pero es su responsabilidad asegurarse de que la FSD la reciba.

Lista de tipos de discapacidades:

- Ceguera.
- Incapacidad en espera (Seguridad de Ingreso Suplementario; [SSI]; Ingresos por Incapacidad del Seguro Social [SSDI]; Programa de Seguro de Vejez, Sobrevivientes e Incapacidad [OASDI] o pagos por incapacidad financiados por el patrón).
- Beneficiario de MO HealthNet para personas mayores, invidentes y discapacitadas.
- Beneficiario de Ayuda Suplementaria para Invidentes.
- Pagos por incapacidad financiados por el patrón: **Si tiene un estado de cuenta de su proveedor de seguros con fecha de los últimos 30 días, proporciónelo.**
- Debe permanecer en el hogar para cuidar a una persona discapacitada: **Si tiene un certificado de un profesional médico que indique que una persona de su hogar requiere de su compañía en casa, con fecha de los últimos 30 días, proporciónela.**
- Incapacidad para empleados ferroviarios: **Si tiene un estado de cuenta con fecha de los últimos 30 días, proporciónelo.**
- Incapacidad temporal: **Si tiene un certificado médico con fecha de los últimos 30 días que indique la duración de la incapacidad temporal, proporciónelo.**
- Veterano con cualquier grado de incapacidad: **Si tiene un certificado médico con fecha de los últimos 30 días, proporciónelo.**
- Beneficiario de Incapacidad del Seguro Social.
- Beneficiario de SSI.
- No he solicitado incapacidad pero soy discapacitado. Llene además la solicitud de MO HealthNet en <http://dss.mo.gov/mhk/appl.htm> y solicite SSI o SSDI en ssa.mo.gov.

Nombre del miembro del hogar	Fecha en que inició la discapacidad
------------------------------	-------------------------------------

Tipo de discapacidad (consulte la lista anterior)

Nombre del miembro del hogar	Fecha en que inició la discapacidad
------------------------------	-------------------------------------

Tipo de discapacidad (consulte la lista anterior)

Nombre del miembro del hogar	Fecha en que inició la discapacidad
------------------------------	-------------------------------------

Tipo de discapacidad (consulte la lista anterior)

Nombre del miembro del hogar	Fecha en que inició la discapacidad
------------------------------	-------------------------------------

Tipo de discapacidad (consulte la lista anterior)

24. PÉRDIDA DEL EMPLEO O REDUCCIÓN DE HORAS

¿Usted o alguien de su hogar de 16 a 60 años perdieron o renunciaron a su empleo en los últimos 60 días, o su horario laboral se redujo?

Sí No Si respondió 'Sí', llene lo siguiente con los datos de los miembros correspondientes de su hogar.

Si aplica a usted, comience con usted. Si tiene copias de los talones de pago de los últimos 30 días, proporciónelas con su solicitud. Si no cuenta con ellas, se le pedirá que las proporcione en una fecha posterior. La FSD puede ayudarlo a conseguir esta información, pero es su responsabilidad asegurarse de que la FSD la reciba.

Nombre del miembro del hogar	L (pérdida) Q (renuncia) R (reducción en horas)	Fecha de la pérdida, la renuncia o la reducción en horas	Motivo de la renuncia o la reducción en horas	¿Recibió ingresos de este empleo este mes o el mes anterior?	¿El miembro del hogar solicitó seguro por desempleo?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió 'Sí', cantidad: \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo por el que no lo solicitó:
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió 'Sí', cantidad: \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo por el que no lo solicitó:

25. MANUTENCIÓN INFANTIL

SE EXIGE que los solicitantes de TA llenen formularios de manutención infantil. **No llene estos formularios si ambos padres de los menores viven en la misma casa.**

Si tiene la guarda y custodia de uno o más menores y los otros padres no viven con usted y no han fallecido, DEBE llenar lo siguiente con los datos de cada padre sin custodia de cada menor que incluya en su solicitud de TA:

- “Acuerdo de manutención infantil” en la Sección 37 (páginas 27 y 28)
- “Información de servicios de manutención infantil y canalización” en la Sección 38 (páginas 29 y 30)
- **Puede solicitar más copias de los formularios anteriores si necesita incluir más de un padre sin custodia. Para solicitar los formularios, llame al 855-FSD-INFO (855-373-4636) o visite el Centro de Recursos de la FSD más cercano. Consulte la Sección 1 (página 4) para localizar el Centro de Recursos de la FSD más cercano.**

26. VIVIENDA SUBSIDIADA

- La vivienda subsidiada incluye pagos de los gobiernos local, estatal o federal del total o una fracción de sus gastos de vivienda.
- Ejemplos de viviendas HUD incluyen:
 - Sección 8
 - Vivienda subsidiada de propiedad privada
 - Vivienda pública

¿Vive en una vivienda subsidiada? Sí No Si respondió 'Sí', elija de qué tipo: Pública Vivienda Subsidio del alquiler

27. REQUISITOS DE TRABAJO DE TA

SE REQUIERE QUE PARTICIPE EN CAPACITACIÓN LABORAL si desea obtener y conservar los beneficios de TA

Para poder recibir beneficios de TA, los padres de los menores que necesitan asistencia y viven en su hogar deben realizar lo siguiente:

1. Llene y envíe o entregue su solicitud de TA e incluya las secciones 25 y 26:

- Lea y firme la Orientación de TA en la Sección 26 (páginas 18 y 19). Si prefiere ver el video de Orientación de TA, ingrese a <http://dss.mo.gov/fsd/tempa.htm>. Tras ver el video de orientación en línea, DEBE firmar la página 19 de la Sección 26 “Orientación de TA”.
- Lea y firme el Plan de Responsabilidad Personal (PRP) en la Sección 27 (página 20) que indica las actividades en las que acepta participar.
- Cuando envíe o entregue su solicitud de TA, incluya ambas secciones firmadas (25 y 26).

2. Regístrese para recibir capacitación laboral (cuanto antes, mejor). Para poder procesar su solicitud de TA, debe:

- Registrarse en www.jobs.mo.gov
- Si ya está registrado, inicie sesión en su cuenta de www.jobs.mo.gov
- Imprima su página de inicio de sesión que muestre su nombre como evidencia de que se ha registrado y ha iniciado sesión en su cuenta.

Si no lleva a cabo las acciones descritas anteriormente, su **SOLICITUD DE TA SERÁ RECHAZADA**. Puede solicitar una audiencia si discrepa.

Acerca del programa de capacitación laboral, Missouri Work Assistance (MWA):

- **Se le darán horas de participación obligatorias:**
 - Si se aprueba que reciba TA, se le pedirá que participe en actividades laborales y de capacitación durante un número determinado de horas por semana, que se promediarán al mes. **(Si necesita servicio de guardería);**
 - se le explicarán estos requisitos cuando se reúna con un administrador de casos de Missouri Work Assistance (MWA).
- **Participe para conservar sus beneficios:**
 - Si no participa en las actividades laborales y de capacitación y no tiene ningún "motivo justificado" para quedar exento:
 - sus **BENEFICIOS DE TA SE REDUCIRÁN EN 50%**, y
 - si no participa después de que los beneficios se reduzcan en un 50% (a la mitad), su **CASO DE TA PODRÍA CERRARSE**.

28. ORIENTACIÓN DE TA

LEA o VEA la orientación de TA y firme la página 19 de esta sección. Si accedió a la solicitud de TA en línea, tuvo que ver el video de orientación antes de ingresar a la solicitud de TA. Si llamó a la FSD y recibió la solicitud de TA por correspondencia, entonces aún no ha visto el video. Puede leer la versión escrita a continuación o ingrese a <http://dss.mo.gov/fsd/tempa.htm> para ver el video de orientación. Si tiene dudas, llame a la FSD al 855-373-4636 o visite un Centro de Recursos de la FSD.

Consulte la información de contacto que se indica en la Sección 1 (página 4).

Orientación de Asistencia Temporal

Bienvenido a la orientación de Asistencia Temporal de la División de Apoyo a la Familia del Departamento de Servicios Sociales. La División de Apoyo a la Familia, a la que se le conoce como FSD, administra el programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas en Missouri. La FSD también le brinda ayuda con SNAP, Cuidados Infantiles y cobertura médica de MO HealthNet. Missouri Work Assistance, también conocida como MWA, es socio de la FSD. MWA brinda servicios de empleo y capacitación a los beneficiarios de Asistencia Temporal. MWA brinda servicios de capacitación y empleo en sus sedes para los beneficiarios de Asistencia Temporal. MWA tiene sedes en todo el estado. Para conocer la lista de sedes y horarios de MWA, visite <https://dss.mo.gov/mwa> o llame al 855-373-4636.

Propósito de Asistencia Temporal

Asistencia Temporal da un pago mensual en efectivo a familias de bajos ingresos con menores de edad. Solo los padres, familiares o tutores legales que cuidan a los menores pueden recibir Asistencia Temporal. Esta orientación explicará cómo funciona el programa de Asistencia Temporal. La FSD se encarga de determinar si cumple los requisitos, los cuales están sujetos a cambios.

Límites vitalicios de Asistencia Temporal

Puede obtener beneficios de Asistencia Temporal durante 45 meses a lo largo de su vida. A continuación se presentan situaciones en que los beneficios pueden prolongarse más de los 45 meses:

- Recibe tratamientos o servicios por violencia doméstica o abuso de sustancias.
- Le han diagnosticado problemas de salud mental y recibe tratamiento para ello.
- Colabora en el plan de tratamiento abierto de la División para Menores y participa en el programa MWA.
- Padece una crisis familiar temporal, p. ej., su hogar se incendió, fue víctima de un delito, fue despedido de su empleo o sufrió una lesión grave.

Razones que no tienen validez para prolongar sus beneficios más de 45 meses:

- No puede encontrar un empleo o no quiere trabajar.
- Concluyó su seguro de desempleo.
- No tiene automóvil.

Trabajo y capacitación

Si se autoriza que reciba Asistencia Temporal, el Programa de Asistencia Laboral de Missouri le ayudará a transitar de la Asistencia Temporal a un empleo brindándole ayuda para establecer metas y adquirir las habilidades necesarias para encontrar un empleo y mantener a su familia.

Su administrador de casos de MWA le explicará los requisitos federales de capacitación y empleo e informará a la FSD el tiempo que ha destinado a las actividades.

Puede estar exento de las actividades de capacitación y empleo si:

- es padre soltero o madre soltera de un menor de menos de 12 meses de edad;
- tiene una discapacidad permanente o se encuentra a cargo de una persona discapacitada que vive en su hogar;
- tiene 60 años o más;
- vive en una situación de emergencia, lo cual incluye violencia doméstica.

Si está exento, las actividades de capacitación y empleo no serán obligatorias, pero puede llevarlas a cabo si lo desea.

Plan de empleo individual

Si se aprueba que reciba Asistencia Temporal y no está exento de las actividades anteriores, recibirá una carta que indica fecha, hora y lugar para reunirse con un administrador de casos de MWA para desarrollar un *plan de empleo individual*.

El plan de empleo individual:

- le ayuda a definir los factores que le impiden trabajar o asistir a la escuela, como no contar con alguien que cuide a sus hijos o un medio de transporte. Luego, su administrador de casos lo ayudará a desarrollar un plan para encontrar una solución;
- define las actividades en las que participará, como un trabajo o una capacitación;
- al firmar este plan, acepta participar en las actividades durante las horas requeridas;
- si necesita hacer modificaciones a este acuerdo, debe comunicarse de inmediato con su administrador de casos de MWA.

Rechazo a participar en actividades laborales y de capacitación

Una vez que usted y su administrador de casos hayan acordado su *plan de empleo individual*, debe comenzar a participar en las actividades laborales y de capacitación O sus beneficios se reducirían a la mitad y luego su caso se cerraría.

Si no asiste a las reuniones con su administrador de casos de MWA, sus beneficios también se verán afectados.

Su administrador de casos de MWA le explicará este proceso más detalladamente. Debe asistir a todas las citas con su administrador de casos de MWA o, si desea reprogramarla llámelo la semana anterior a la semana de su cita o durante el transcurso de esa semana.

Servicios de apoyo

Para ayudarle a participar en las actividades de capacitación y empleo, MWA le ofrece diversos servicios de apoyo que incluyen:

- ayuda para transportarse al trabajo o la escuela, y
- ayuda con algunos gastos laborales, como uniformes o reparaciones de emergencia de vehículos.

Si **REQUIERE SERVICIOS DE CUIDADOS INFANTILES** para asistir a las actividades de capacitación y empleo, en este momento **LLENE UNA SOLICITUD DE CUIDADOS INFANTILES** para conseguir ayuda con los gastos. La solicitud se encuentra en <https://dese.mo.gov/childhood/child-care-subsidy/families>

Análisis de drogas

La ley de Missouri requiere que la FSD formule preguntas a los solicitantes de Asistencia Temporal sobre el uso de drogas ilegales. Si se autoriza que reciba Asistencia Temporal, pero se rehúsa a responder estas preguntas o acudir al tratamiento contra el abuso de sustancias, **NO PODRÁ RECIBIR ASISTENCIA TEMPORAL DURANTE 3 AÑOS.**

Si en cualquier momento mientras reciba Asistencia Temporal le imputan, lo arrestan o lo condenan por un delito relacionado con drogas, automáticamente tendrá que someterse a un análisis de drogas. Si el resultado identifica drogas ilegales, **NO PODRÁ RECIBIR ASISTENCIA TEMPORAL DURANTE 3 AÑOS.**

Durante esos tres años, el dinero de los menores se entregará a alguien más, a quien se conoce como *beneficiario protector* (Protective Payee, en inglés), y deberá usar el dinero para cubrir las necesidades de los menores. Si se aprueba que reciba Asistencia Temporal y consume drogas ilegales, pero desea ayuda, la FSD identificará un centro contra el abuso de sustancias donde recibirá tratamiento.

Manutención infantil

Si se aprueba que reciba Asistencia Temporal y uno de los padres de los menores vive fuera de su hogar, la FSD colaborará directamente para determinar o cobrar a nombre de usted la manutención infantil de los menores. Si usted no colabora con la FSD para que se determine o cobre la manutención infantil de los menores, su Asistencia Temporal se reducirá en un 25%.

Si teme que dichas acciones producirían daños físico o emocional en usted o los menores, por favor, especifique esta inquietud en la Sección 36 (pág. 28) de su solicitud; de esta forma quizás no tenga que dar información a la FSD para cobrar la manutención infantil.

Métodos de pago de asistencia temporal

El dinero de Asistencia Temporal se paga mediante una Transferencia Electrónica de Beneficios (en la tarjeta EBT) o mediante depósito directo a su cuenta bancaria. Si usa su tarjeta EBT de un modo que no beneficie a los menores, por ejemplo, en una tienda de licores, en un casino, o en un centro de entretenimiento para adultos, usted debe restituir ese dinero a la FSD.

Conclusión de la orientación

Cuando solicite o reciba Asistencia Temporal:

- debe decir la verdad, proporcionar evidencias y colaborar, y
- usted tiene los derechos que se describen en la solicitud.

Con esto finaliza la orientación de Asistencia Temporal. Si tienes preguntas:

- Llame a la FSD al 855-373-4636 o visite alguno de los Centros de Recursos de la División de Apoyo a la Familia que se incluyen en el sitio web, el cual aparece en la Sección 1 (página 4) de la solicitud de Asistencia Temporal.

Si desea solicitar Asistencia Temporal, llene la solicitud de Asistencia Temporal y envíela a la FSD o acuda a su oficina local de la FSD.

Primer padre (solicitante)	Segundo padre (solo si vive en el hogar)
Reconozco que he visto, leído o escuchado la orientación de TA. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reconozco que he visto, leído o escuchado la orientación de TA. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Al firmar a continuación reconozco, bajo pena de perjurio, que he visto, leído o escuchado la orientación de TA. Comprendo que firmar a continuación no equivale a solicitar TA, ya que solo representa una indicación de que he concluido la orientación.	
Firma del primer padre	Fecha
Firma del segundo padre	Fecha

29. PLAN DE RESPONSABILIDAD PERSONAL (el formulario se enviará a MWA)

Escriba su nombre, condado y distrito escolar y la información de su domicilio.

PRIMER PADRE (SOLICITANTE) NOMBRE LEGAL COMPLETO (NOMBRES, APELLIDOS)	CONDADO
DOMICILIO (ESCRIBA NÚMERO DE CASA O APARTAMENTO, CALLE O CAMINO DEL CONDADO, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	DISTRITO ESCOLAR

SOLO SOLICITANTES SIN HOGAR: ESCRIBA UNA DIRECCIÓN PARA ENVÍOS EN GENERAL (NOMBRE DE LA OFICINA POSTAL, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)

DIRECCIÓN POSTAL (EN CASO DE SER DIFERENTE DE SU DOMICILIO DE VIVIENDA) (ESCRIBA NÚMERO DE CASA O APARTAMENTO, CALLE O CAMINO DEL CONDADO, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)

NÚMERO TELEFÓNICO PRINCIPAL (Marque uno) <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

Método preferido de contacto (Marque uno) Llamada *Mensajería inst. *Correo electrónico Correspondencia
*La mensajería inst. y el correo electrónico no están disponibles en todas las ubicaciones

La mayoría de las personas que se aprueba que reciban TA debe participar en actividades laborales y de capacitación a través de Missouri Work Assistance (MWA). Es posible que usted o el segundo padre no tengan que cumplir con este requisito si tienen alguna de las siguientes exenciones. Marque cualquiera de las siguientes exenciones que apliquen a usted o al segundo padre. Si alguno de los padres no tiene ninguna exención, llene la sección "Actividades laborales y de capacitación en las que acepto participar".

EXENCIONES DE ACTIVIDADES LABORALES Y DE CAPACITACIÓN

Exenciones del primer padre (solicitante)	Exenciones del segundo padre (solo si vive con usted)
<input type="checkbox"/> Estoy en una situación de violencia doméstica que repercute en mi capacidad de participar en actividades laborales <input type="checkbox"/> Tengo más de sesenta (60) años de edad <input type="checkbox"/> Tengo una discapacidad permanente <input type="checkbox"/> Debo permanecer en el hogar para cuidar a un miembro del hogar con discapacidad <input type="checkbox"/> Cuido de un menor de menos de 12 meses de edad	<input type="checkbox"/> Estoy en una situación de violencia doméstica que repercute en mi capacidad de participar en actividades laborales <input type="checkbox"/> Tengo más de sesenta (60) años de edad <input type="checkbox"/> Tengo una discapacidad permanente <input type="checkbox"/> Debo permanecer en el hogar para cuidar a un miembro del hogar con discapacidad <input type="checkbox"/> Cuido de un menor de menos de 12 meses de edad
Si considera que está exento de actividades laborales, es posible que le pidan que proporcione evidencia de que está exento. Puede ofrecerse como voluntario para participar en actividades laborales incluso si está exento. Marque la siguiente casilla si desea participar como voluntario: <input type="checkbox"/> Me gustaría para participar como voluntario en el programa de MWA	Si considera que está exento de actividades laborales, es posible que le pidan que proporcione evidencia de que está exento. Puede ofrecerse como voluntario para participar en actividades laborales incluso si está exento. Marque la siguiente casilla si desea participar como voluntario: <input type="checkbox"/> Me gustaría para participar como voluntario en el programa de MWA

Si se aprueba que reciba TA y no cumple con ninguna exención, se reunirá con un administrador de casos del programa MWA, quien le describirá las actividades que marque a continuación. Durante las reuniones, usted y su administrador de casos pueden convenir otras actividades diferentes a estas opciones. Si tiene preguntas sobre estas actividades, comuníquese con su oficina local de MWA. En la Sección 1 (página 4) se especifica una lista de ubicaciones de MWA.

ACTIVIDADES LABORALES Y DE CAPACITACIÓN EN LAS QUE ACEPTO PARTICIPAR (elija una o más)

Actividades del primer padre (solicitante)	Actividades del segundo padre (solo si vive con usted)
<input type="checkbox"/> Asistencia para buscar empleo <input type="checkbox"/> Apoyo para capacitación laboral <input type="checkbox"/> Programa de Servicio Comunitario: Este programa no es remunerado y le ayuda a adquirir habilidades tales como desarrollar puntualidad en el empleo. <input type="checkbox"/> Ofrecer cuidados infantiles a un participante del programa de Servicio Comunitario <input type="checkbox"/> Asistencia requerida en <i>high school</i> o su equivalente <input type="checkbox"/> Programa de formación de aptitudes laborales: Programa que brinda aptitudes laborales. <input type="checkbox"/> Colegio o escuela de formación <input type="checkbox"/> Capacitación en el Empleo: Este programa pagará parte de su salario de su capacitación. Usted debe aprender las funciones laborales en la capacitación. <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Asistencia para buscar empleo <input type="checkbox"/> Apoyo para capacitación laboral <input type="checkbox"/> Programa de Servicio Comunitario: Este programa no es remunerado y le ayuda a adquirir habilidades tales como desarrollar puntualidad en el empleo. <input type="checkbox"/> Ofrecer cuidados infantiles a un participante del programa de Servicio Comunitario <input type="checkbox"/> Asistencia requerida en <i>high school</i> o su equivalente <input type="checkbox"/> Programa de formación de aptitudes laborales: Programa que brinda aptitudes laborales. <input type="checkbox"/> Colegio o escuela de formación <input type="checkbox"/> Capacitación en el Empleo: Este programa pagará parte de su salario de su capacitación. Usted debe aprender las funciones laborales en la capacitación <input type="checkbox"/> Empleo

Comprendo que si no he seleccionado ninguna exención O ninguna actividad laboral y de capacitación para el primer padre (solicitante) ni el segundo padre (solo si vive en casa), es posible que no reciba Asistencia Temporal. Entiendo que hay ocasiones en las que la actividad en cuestión no está disponible o necesito participar en otras actividades primero.

Comprendo que si no firmo a continuación, es posible que no reciba TA. Al firmar a continuación, reconozco que considero que tengo una exención o acepto participar en las actividades laborales y de capacitación. Comprendo que firmar a continuación no equivale a solicitar TA, sino que es un compromiso para participar en actividades laborales y de capacitación como parte de la recepción de los beneficios de TA.

FIRMA DEL PRIMER PADRE (SOLICITANTE)	FECHA
--------------------------------------	-------

FIRMA DEL SEGUNDO PADRE (SOLO SI VIVE CON USTED)	FECHA
--------------------------------------------------	-------

30. BIENES QUE POSEE

1. ¿Usted o alguien en su hogar poseen un automóvil, un camión, una motocicleta o un vehículo recreativo? Sí No
 Si respondió 'Sí', especifique los datos de cada miembro que corresponda del hogar. Si aplica a usted, comience con usted.

Nombre del miembro del hogar	¿Cuáles son el año, la marca y el modelo?	¿Cuándo adquirió el vehículo?	¿Cuánto vale el vehículo?	¿Cuánto adeuda?	¿Lo posee con alguien más?	¿Puede usarlo?
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2. ¿Usted o alguien en su hogar poseen algún bien inmueble, incluida una casa móvil? Sí No
 Si respondió 'Sí', especifique los datos de cada miembro que corresponda del hogar. Si aplica a usted, comience con usted.

Lista de tipos de bienes inmuebles:

- Edificación y terreno.
- Hogar y hasta 40 acres de terreno.
- Lotes.
- Área de tierras medidas en acres sin edificación.
- Hogar y más de 40 acres de terreno.

Miembro que posee el bien inmueble	Tipo de inmueble (consulte la lista anterior)	¿Cuándo adquirió este bien?	¿Cuánto vale el bien?	¿Cuánto adeuda?	¿Lo posee con alguien más?	¿Puede usarlo?
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Descripción o dirección del bien inmueble:

			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	--	----	----	---------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

Descripción o dirección del bien inmueble:

3. ¿Usted o alguien en su hogar poseen equipamiento para negocio, maquinaria, maquinaria agrícola, herramientas, granos para cultivo o productos agrícolas almacenados, casas rodantes, caravanas o remolques, botes o lanchas de motor, aeronaves o lotes en cementerio? Sí No

Si respondió 'Sí', especifique los datos de cada miembro que corresponda del hogar. Si aplica a usted, comience con usted.

Lista de tipos de bienes personales:

- | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Aeronave | Granos, productos agrícolas o madera |
| Equipamiento o herramientas para negocio | Muebles de hogar que no se usen |
| Botes o lanchas de motor | Joyería (excepto anillos de compromiso) |
| Lotes en cementerio | Ganado |
| Caravana o remolque para acampar | Casa rodante |
| Maquinaria agrícola | Remolque (utilitario, de botes, etc.) |

Nombre del miembro del hogar	Tipo de bien personal (consulte la lista anterior)	¿Cuándo adquirió este bien?	¿Cuánto vale el bien?	¿Cuánto adeuda?	¿Lo posee con alguien más?	¿Puede usarlo?
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

31. PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA

¿Usted o alguien en su hogar poseen o han hecho pagos a una póliza de seguro de vida? Sí No

Si respondió 'Sí', llene lo siguiente con los datos de los miembros que correspondan de su hogar. Si aplica a usted, comience con usted. **Si tiene una copia de un extracto o un comunicado de la compañía de seguros de vida que muestre el titular de la póliza, el nombre de la aseguradora, el número de la póliza de seguro, el valor nominal del plan y el valor de rescate del beneficio del plan con fecha de los últimos 30 días, proporciónela con su solicitud. Si no cuenta con ella, se le pedirá que la proporcione en una fecha posterior. La FSD puede ayudarlo a conseguir esta información, pero es su responsabilidad asegurarse de que la FSD la reciba.**

Miembro del hogar que posee la póliza de seguro de vida	Nombre de la aseguradora	Número de póliza de seguro	Fecha de emisión de la póliza	Valor nominal	valor de rescate en efectivo
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

32. PAGOS DE CUIDADOS INFANTILES

¿Usted o alguien en su hogar pagan cuidados infantiles para miembros del hogar? Sí No

Si respondió 'Sí', llene lo siguiente con los datos de los miembros que correspondan de su hogar. Si aplica a usted, comience con usted. **Si tiene un documento del proveedor de cuidados infantiles con el costo del último mes, proporciónelo con su solicitud. Si no cuenta con él, se le pedirá que lo proporcione en una fecha posterior. La FSD puede ayudarlo a conseguir esta información, pero es su responsabilidad asegurarse de que la FSD la reciba.**

Miembro del hogar que realiza el pago	Nombre del menor	Guardería o persona a quien le paga	Monto que se paga	Frecuencia de los pagos	Millas recorridas al mes al centro de cuidados infantiles y de vuelta
			\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	
			\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	
			\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	
			\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	

33. DESVÍO DE ASISTENCIA TEMPORAL

- El desvío de Asistencia Temporal ofrece un pago único que es igual a lo que podría recibir en Asistencia Temporal durante dos o tres meses.
- El desvío de TA es una alternativa si surge una necesidad apremiante que le impide trabajar, pero sí puede mantener a su familia (como dinero para arreglar su coche).
- Debe cumplir los requisitos de TA y condiciones específicas para recibir un pago de desvío de TA en lugar de TA.
- Si recibe un pago de desvío de TA, no puede recibir TA durante dos o tres meses, dependiendo de cuánto se haya otorgado en el pago del desvío. Solo puede recibir pagos de desvío de TA una vez cada 12 meses y solo 5 veces durante su vida.

¿Desea participar en el programa de Desvío de TA? Sí No

Si respondió 'Sí', indique la cantidad que necesita: \$

Motivo del pago de Desvío de TA (marque uno o más):

- Pérdida involuntaria del empleo (no a causa de su desempeño).
- Una enfermedad o un accidente graves le impiden trabajar temporal o permanentemente.
- Tiene un empleo, pero no puede cubrir las necesidades básicas de su familia debido a una emergencia como:
 - Reducción involuntaria del salario.
 - Pérdida temporal de acceso a cuidados infantiles.
 - Dificultad económica temporal a causa de la muerte o la enfermedad de un miembro del hogar.
 - Pérdida temporal de acceso a medios de transporte para asistir al trabajo o la escuela.
 - Privación temporal de alojamiento, electricidad, agua, calefacción o aire acondicionado, o alimentos debido a circunstancias fuera de su control.
- Es víctima de violencia doméstica o trata de personas.
- Otro evento. Explique: _____

34. DÉ A CONOCER CAMBIOS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS

- Dé a conocer **en un plazo de 10 días** cualquier cambio en la información de esta solicitud de TA.
- Ejemplos: Incremento o disminución en los ingresos de un miembro del hogar, cambio de empleo, cambios en los miembros del hogar, etc.
- Es su responsabilidad dar a conocer estos cambios y no puede esperar a que lo contacten. Para dar a conocer cambios:
 - acuda a un Centro de Recursos de la División de Apoyo a la Familia y siga las instrucciones de la Sección 1 (pág. 4), O
 - dé a conocer los cambios en línea en <http://dss.mo.gov/>. Haga clic en “How do I Report Changes and Check Benefits” (¿Cómo doy a conocer cambios y reviso los beneficios?), o llame al **855-373-4636**

35. SUS RESPONSABILIDADES Y DERECHOS

Proporcione información veraz y acate la ley

- Los funcionarios federales, estatales y locales tienen derecho de verificar la veracidad de la información que incluya en su solicitud.
- Es posible que se le nieguen los beneficios y/o se le impute un delito si, deliberadamente, proporciona información falsa a la FSD.

Beneficios de veteranos

- Si es un veterano y se niega a solicitar beneficios de Veteranos sin un motivo justificado, es posible que no pueda recibir TA.
- Para localizar la oficina más cercana para presentar su solicitud, ingrese a benefits.va.gov.

Cláusula de protección a menores de edad

- Si cuida individualmente de un menor de menos de 6 años y no puede localizar cuidados infantiles, no se le sancionará mientras busca cuidados infantiles. Su administrador de casos de MWA le hablará más a detalle de esto.
- Desarrolle un plan para encontrar los cuidados infantiles necesarios.

36. INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Derecho a una audiencia

Usted tiene derecho a una audiencia en el caso de que haya solicitado o esté recibiendo beneficios de Asistencia Temporal (TA), MO HealthNet o SNAP y ocurra lo siguiente:

- la División de Apoyo a la Familia (FSD) decide que usted no reúne los requisitos para recibirlos, pero usted considera lo contrario;
- la FSD le proporciona beneficios de TA, MO HealthNet o SNAP y luego los reduce o suspende, pero usted considera que los motivos son equivocados;
- usted discrepa con la información que se empleó para determinar la cantidad de los beneficios o discrepa con la cantidad de los beneficios;
- la FSD se niega a recibir su solicitud;
- la FSD no tramita su solicitud en un plazo de 30 días naturales, incluso cuando usted:
 - proporcionó la información que se incluye en la “Solicitud de información”, o
 - ha autorizado que la FSD solicite dicha información.

Plazo de la audiencia

- Si se denegó o rechazó su solicitud o ya se ha puesto en práctica la medida prevista en su caso, puede solicitar una audiencia en un plazo de 90 días naturales a partir del rechazo o tras ponerse en práctica la medida en cuestión.
- Si la medida propuesta cambia o suspende sus beneficios y usted solicita una audiencia en un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso, podría continuar recibiendo los mismos beneficios hasta que se emita la decisión de la audiencia. Si falta a la audiencia, tendrá que reembolsar al estado los beneficios a los que no tenía derecho.

Solicitud de audiencia

Usted o su representante pueden solicitar una audiencia por teléfono, en persona, por escrito o por correo electrónico. Se le preguntará por qué está en desacuerdo con la medida o la medida propuesta en su caso, lo cual será el motivo de la audiencia.

- Para solicitar una audiencia por teléfono, comuníquese con la FSD al 855-373-4636. Un miembro del equipo de la FSD llenará el formulario de solicitud de audiencia en su nombre.
- Si solicita una audiencia en persona, un miembro del equipo de la FSD llenará el formulario en su nombre. *Puede solicitar un formulario y enviarlo a la FSD.
- Si solicita una audiencia por escrito, la FSD llenará el formulario en su nombre y lo anexará a su solicitud por escrito.
- *Puede imprimir el formulario que se encuentra en <https://mydss.mo.gov/>, en la sección Know Your Rights (Conoce tus derechos). Puede enviar el formulario por correo electrónico a IMHearing.FSD@dss.mo.gov

Su caso pueden presentarlo un miembro de su hogar o un representante, tal como un asesor legal, un familiar, un amigo u otro tipo de intermediario. Si no cuenta con un abogado o no puede costear uno, es posible que reúna los criterios para obtener servicios legales gratuitos. Los avisos de la FSD incluyen el número de teléfono para recibir información sobre servicios legales gratuitos. Si no conoce el número, llame sin costo al 855-373-4636.

Ley de Derechos Civiles

Con apego a la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y normas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que aplican o participan en programas del USDA, discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas identidad de género y orientación sexual), creencias religiosas, discapacidad, edad, convicciones políticas, o en represalia o venganza por actividades de derechos civiles llevadas a cabo anteriormente en programas o actividades realizados o financiados por el USDA. De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y los reglamentos del HHS, también se prohíbe que se discrimine en los programas que reciban asistencia financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), por ejemplo, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y los programas que gestione directamente el HHS.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para conocer la información del programa (ej., sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) en que hayan solicitado los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service, llamando al (800) 877-8339. Asimismo, la información del programa podría ponerse a disposición en idiomas distintos al inglés.

El HHS brinda asistencia financiera federal a muchos programas destinados a mejorar la salud y el bienestar, incluidos TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) entre otros. Si considera que ha sufrido discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género) o religión en programas o actividades que gestione directamente el HHS o a los que el HHS proporcione asistencia financiera federal, puede presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) por cuenta propia o por medio de un representante.

Para presentar una denuncia por cuenta propia o por medio de un representante por discriminación en un programa que reciba asistencia financiera federal a través del HHS, llene el formulario en línea que se encuentra en el Portal de Denuncias de la OCR, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con la OCR por correspondencia: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; por fax: (202) 619-3818, o por correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para agilizar el trámite, le sugerimos que use el portal en línea de la OCR para presentar denuncias en lugar de enviarlas por correspondencia. Las personas que necesiten ayuda para presentar denuncias relacionadas con derechos civiles, pueden enviar un correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar a la línea gratuita de la OCR, 1-800-368-1019, (TDD) 1-800-537-7697. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla, marquen 7-1-1 para acceder a los servicios de Relay Services. Asimismo, para presentar denuncias, proporcionamos gratuitamente medios alternativos (como sistema Braille y letras grandes), recursos para personas discapacitadas y servicios de asistencia con el idioma.

Esta institución es un proveedor que garantiza igualdad de oportunidades.

37. SU CONSENTIMIENTO Y SU FIRMA

ESCRIBA sus iniciales después de cada oración a continuación y luego **firmé** la solicitud para reconocer que todo lo que declaró es verdadero:

- Comprendo que es ilegal obtener o intentar obtener beneficios a los que no tengo derecho. Si realizo afirmaciones o declaraciones falsas o si omito algún hecho relevante, parcialmente o en su totalidad, podría quedar sujeto a un juicio de carácter criminal o civil.
- Autorizo al director de la FSD o la persona a quien designe, que investigue y compruebe estas circunstancias y declaraciones a través de todo medio legal, incluso por medio de bases de datos de públicas y privadas.
- Comprendo que si no estoy de acuerdo con la decisión sobre mi elegibilidad, puedo comunicarme a la oficina local de la FSD para solicitar una audiencia imparcial. La petición debe recibirse en un plazo de 90 días naturales a partir de la fecha en que se da a conocer la decisión de elegibilidad.
- Comprendo que el hecho de solicitar y aceptar TA constituye una cesión de derechos al Departamento de Servicios Sociales, en el caso de manutención infantil.
- Comprendo que debo dar a conocer cualquier cambio en las circunstancias en un plazo de 10 días naturales a partir de que ocurra.
- Comprendo que debo proporcionar números del Seguro Social (SSN) o solicitar SSN de todas las personas que soliciten TA. Los SSN se utilizan para determinar la elegibilidad y comprobar información (Artículo 1137 de la Ley del Seguro Social).
- Comprendo que tengo derecho a recibir un trato justo y equitativo independientemente de mi raza, color, religión, nacionalidad, sexo, ascendencia, edad, orientación sexual, condición de veterano o discapacidad.
- Comprendo que mi firma a continuación o en la solicitud autoriza que la FSD y cualquier contratista externo comprueben que yo o cualquier persona de mi hogar cumplimos con los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia y autoriza que dicha información se divulgue a la FSD. Mi autorización para divulgar información a la FSD tiene vigencia mientras yo o alguien en mi hogar recibamos algún tipo de asistencia de la FSD.
- Comprendo que mi firma a continuación o en la solicitud permite que la FSD y cualquier contratista externo verifiquen mis ingresos, identidad y bienes, y los ingresos, identidad y bienes de cualquier otra persona cuyos ingresos, identidad y bienes sean necesarios para determinar la elegibilidad para la asistencia que solicito.
- Al firmar esta solicitud, en papel o electrónicamente, nos otorga su permiso para realizar o disponer que se realicen llamadas telefónicas relacionadas con su caso, a través de un sistema automático de marcado, a su número principal que proporcionó en la página 5. No es necesario que otorgue su autorización como parte de su solicitud. Si no desea recibir dichas llamadas, marque esta casilla:

↓ **FIRME AQUÍ** ↓

FIRMA

FECHA

5 FORMAS DE ENVIAR SU SOLICITUD A LA FSD

1. Realice su solicitud en línea, en <https://mydss.mo.gov/>
2. Envíe la solicitud de TA con sus datos por correo postal junto con toda la documentación que tenga a:
Family Support Division
PO BOX 2700
Jefferson City, MO 65102
3. Cargue su documento: Visite mydssupload.mo.gov para cargar una copia de su documento.
4. También tiene la opción de llevar su solicitud de TA con sus datos a un Centro de Recursos de LA FSD (CONSULTE LA SECCIÓN 1 en la PÁGINA 4 para más información sobre la disponibilidad y las horas hábiles del Centro de Recursos de la FSD o la oficina de MWA de su localidad).
5. Fax: **(573) 526-9400**



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA
ACUERDO DE DEPÓSITO DIRECTO

38. ACUERDO DE DEPÓSITO DIRECTO

PARTE I (La llena la oficina de la FSD del condado)

- INICIO** Quiero que el Departamento de Servicios Sociales de Missouri deposite mis pagos de asistencia en la cuenta bancaria. Autorizo que mi institución financiera acredite los depósitos a la cuenta que se indica a continuación. **(IR A LA PARTE II)**
- CAMBIO** Quiero que el Departamento de Servicios Sociales de Missouri cambie mi depósito directo a la cuenta bancaria que se indica a continuación. Autorizo que mi institución financiera acredite los depósitos a esta cuenta. **(IR A LA PARTE II)**
- ESPERAR** Todavía no tengo cuenta bancaria pero abriré una. Quiero que el Departamento de Servicios Sociales de Missouri deposite mis pagos de asistencia en mi cuenta cuando el banco les notifique que la cuenta está abierta. **(IR A LA PARTE III)**

PARTE II (La llena la oficina de la FSD del condado)

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA		
DOMICILIO (CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		
NÚMERO DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA	
TIPO DE CUENTA <input type="checkbox"/> CORRIENTE (ANEXE UN CHEQUE EN BLANCO CON LA PALABRA 'ANULADO' ESCRITA DE LADO A LADO) <input type="checkbox"/> AHORROS (ANEXE UN COMPROBANTE DE DEPÓSITO PARA AHORRO QUE MUESTRE SU NÚMERO DE CUENTA, CON LA PALABRA 'ANULADO' ESCRITA DE LADO A LADO)		
NOMBRE (LETRA DE IMPRENTA)	DCN	CONDADO
FIRMA		FECHA

ANEXE CHEQUE EN BLANCO O COMPROBANTE DE DEPÓSITO PARA AHORRO

PARTE III (NOMBRE, DCS, SNN; lo llena la FSD. Información bancaria; la llena el banco).

NOMBRE DEL CLIENTE		DCN DEL CLIENTE
NO. DEL SEGURO SOCIAL DEL CLIENTE	NO. ENRUTAMIENTO DEL BANCO	NO. CUENTA
¿ES UNA CUENTA DE AHORROS? SÍ; INGRESE 1; NO; INGRESE 0 → <input type="checkbox"/>	NO. TELÉFONO DEL EJECUTIVO BANCARIO	EXTENSIÓN TELEFÓNICA
CLIENTE: Deseo recibir mi beneficio de dinero en efectivo mediante depósito directo. Actualmente no tengo cuenta bancaria, pero pretendo abrir una de inmediato. Comprendo que el depósito directo de mi beneficio de dinero en efectivo se hará una vez que abra mi cuenta.		
FIRMA		FECHA



39. ACUERDO DE MANUTENCIÓN INFANTIL

¿Quiénes deben llenar este formulario?

Si brinda cuidado, guarda y custodia a algún menor o menores y el otro padre o los otros padres no viven con usted y no han fallecido, llene esto con la información de cada padre que no tenga la custodia de cada menor que incluya en su solicitud de TA.

La manutención infantil puede ayudar a:

1. Encontrar al padre que no tiene la custodia.
2. Determinar al padre legal del niño por medio de pruebas de paternidad.
3. Recibir pagos de manutención que pueden ser mayores que el pago de Asistencia Temporal (TA).
4. Conseguir asistencia médica para sus hijos de parte del padre que no tiene la custodia.

Sus responsabilidades (a menos que tenga motivos justificados)

La ley requiere que usted ayude a la División de Apoyo a la Familia (FSD) a conseguir pagos de manutención infantil de parte del padre que no tiene la custodia en beneficio de los menores para quienes solicita TA o reciben TA. La FSD podría pedirle que:

1. Dé el nombre del padre del menor que no vive con usted y proporcione información para ayudar a encontrar al padre.
2. Ayude a determinar legalmente quién es el padre, en caso de que los padres del menor no estuvieran casados cuando el menor nació.
3. Brinde información para recibir pagos adeudados de manutención infantil para usted o los menores para quienes solicita pagos de TA.
4. Acuda a la oficina de Manutención Infantil o Preservación de Ingresos de la FSD, un tribunal y otros lugares para firmar documentos o brindar información o documentación.

Penalización si se niega a cooperar

1. Su beneficio de Asistencia Temporal (en su condición de padre o tutor) se reducirá en un 25%.
2. Sus hijos seguirán cubriendo los requisitos para recibir TA.

Es posible que tenga motivos justificados

Es posible que no tenga que cooperar para recibir manutención infantil y asistencia médica si demuestra que ello no beneficiaría a usted o su hijo. Puede manifestar "motivos justificados" en cualquier momento. Consulte la lista de motivos justificados a continuación.

Cómo manifestar motivos justificados

1. Proporcione a la FSD las evidencias necesarias para determinar si tiene motivos justificados para negarse a cooperar.
2. Si los motivos justificados tienen que ver con un temor de padecer daños físicos, pero le resulta imposible demostrarlo, es posible que la FSD determine que existen motivos justificados tras analizar lo que usted manifieste.
3. Marque la casilla de "motivos justificados" que se ubica sobre el área de la firma en la siguiente página.
4. Presente evidencias a la FSD en un plazo de 20 días a partir de que manifieste motivos justificados. Si necesita más tiempo, comuníquese con la FSD para que determinen si se requiere tiempo adicional para conseguir evidencias.

MOTIVOS JUSTIFICADOS PARA NO COLABORAR PARA CONSEGUIR MANUTENCIÓN INFANTIL	EJEMPLOS DE EVIDENCIAS
Ocasionará daños físicos o emocionales graves en usted o su hijo que le imposibilitarán cuidar a su hijo, u ocasionará violencia doméstica.	<ul style="list-style-type: none"> • Expedientes judiciales, médicos, policiales, psicológicos y antecedentes penales. • Registros de servicios de protección infantil y de servicios sociales. • Expedientes médicos que contengan el historial de salud física y emocional actual del menor o usted. • Un diagnóstico o pronóstico por escrito de un profesional de la salud mental que especifique el daño emocional que podría provocar en usted o su hijo. • Declaraciones juradas de personas, incluidos amigos, vecinos, clérigos, trabajadores sociales y profesionales médicos que tengan conocimiento de las circunstancias en que se basa su manifestación de motivos justificados.
Ocasionará violencia doméstica.	<ul style="list-style-type: none"> • Se aceptan declaraciones por escrito si no dispone de evidencias.
Determinar la paternidad o conseguir manutención ocasionarán un daño en usted o su hijo porque su hijo fue concebido como resultado de incesto o violación forzada (esto no incluye estupro [violación de un menor de edad]).	<ul style="list-style-type: none"> • Registros médicos o policiales que indiquen esta información.

MOTIVOS JUSTIFICADOS PARA NO COLABORAR PARA CONSEGUIR MANUTENCIÓN INFANTIL	EJEMPLOS DE EVIDENCIAS
Determinar la paternidad o conseguir manutención ocasionarán un daño en su hijo.	<ul style="list-style-type: none"> Expedientes judiciales u otros registros que indiquen que hay trámites legales de adopción en curso (a la espera de una resolución).
Está trabajando con una agencia que le ayuda a decidir si entrega al menor en adopción y dicha ayuda se ha brindado durante menos de 3 meses.	<ul style="list-style-type: none"> Testimonios por escrito de una agencia social pública o privada (reconocida en la comunidad) que señalen que la agencia le ayuda a decidir si se queda con el menor o lo da en adopción y dicha ayuda se ha brindado durante menos de 3 meses.
<p>La respuesta de la FSD a la petición de motivos justificados</p> <ol style="list-style-type: none"> La FSD aprobará sus motivos justificados con base en sus evidencias o llevará a cabo una investigación para comprobar su manifestación. Si la FSD lleva a cabo una investigación: <ul style="list-style-type: none"> es posible que se le solicite que proporcione información; la FSD no se comunicará con el padre que no tiene la custodia sin antes avisar a usted; no recibirá su parte de los beneficios de TA hasta que haya entregado evidencias y toda la información adicional que se pida. <p>Otorgar la manutención infantil al Estado</p> <ol style="list-style-type: none"> Al firmar la solicitud de TA, le está otorgando al estado de Missouri todos sus derechos de manutención infantil o pensión alimenticia mientras reciba TA. La cantidad máxima de manutención que el Estado puede quedarse es la cantidad que usted recibe en pagos de Asistencia Temporal. Cuando cede sus derechos al Estado, entre usted y la persona que adeuda la manutención no puede haber a ningún acuerdo que: <ul style="list-style-type: none"> modifique la obligación de pagar al estado la manutención infantil adeudada; repercuta en el deber de pagar la manutención vigente; repercuta en el deber de pagar manutención a futuro ni en la cantidad que se deba pagar de manutención a futuro, ni repercuta en los pagos de manutención infantil por intercambiarlos por el pago de otras coas. Por ejemplo, no puede acordar que la persona que adeuda manutención realice pagos que se destinen a la vivienda o el automóvil en lugar de la manutención infantil. Si cuenta con la representación de un abogado privado para cobrar la manutención infantil en su nombre: <ul style="list-style-type: none"> debe informar al abogado que todo el dinero que se recaude de la manutención infantil en curso y los atrasos (manutención infantil vencida) que se adeuden al Estado, se entregará al Estado mientras la cesión esté en vigor; cuando la deuda al Estado queda totalmente saldada, el Estado enviará los pagos a usted. Si se autoriza que reciba TA y recibe manutención infantil antes de la fecha de aprobación, debe notificar a la FSD en un plazo de 10 días. Si se autoriza que reciba TA y está recibiendo manutención: <ul style="list-style-type: none"> toda la manutención infantil debe enviarse al Centro de Pagos de Apoyo a la Familia el mes posterior al mes en que reciba la autorización. Ejemplo: Está recibiendo pagos de manutención infantil al solicitar TA en octubre. Si en noviembre se autoriza que reciba TA, entonces en diciembre o después debe enviar toda la manutención que reciba al Centro de Pagos de Apoyo a la Familia. Si se autoriza que reciba TA y no estaba recibiendo pagos de manutención infantil al presentar la solicitud, toda la manutención futura debe enviarse a la Centro de Pagos de Apoyo a la Familia a partir del primer día del mes en que reciba TA Cuando el Estado cobra la manutención, usted ya no interviene en la periodicidad ni en el monto de los pagos. <ul style="list-style-type: none"> Si uno de los padres no está haciendo los pagos correspondientes de manutención, el Estado emprenderá acciones legales para obtener los pagos. Sus beneficios de TA no se verán afectados. Si su manutención es igual o superior a su beneficio de TA, se le notificará y: <ul style="list-style-type: none"> se cerrará su caso de TA; el Estado puede cobrar y conservar la manutención que se adeude para reintegrar los pagos de TA que usted recibió; el Estado no conservará la manutención vigente para reintegrar los pagos de TA. <p>Observancia y participación de la Agencia de Manutención Infantil</p> <ul style="list-style-type: none"> Manutención Infantil puede revisar los hallazgos de la FSD y el fundamento para determinar motivos justificados en su caso. Si solicita una audiencia con respecto a motivos justificados, Manutención Infantil puede participar en esa audiencia. Si se determina que tiene motivos justificados para no colaborar, Manutención Infantil no intentará determinar la paternidad ni cobrar la manutención. 	
<p>Comprendo las 2 páginas de este aviso. Marque una opción:</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo motivos justificados y llenaré la sección "Información de servicios de manutención infantil y canalización".</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo motivos justificados y no llenaré la sección "Información de servicios de manutención infantil y canalización".</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo motivos justificados y proporcionaré evidencias.</p>	
FIRMA DEL SOLICITANTE O PARTICIPANTE	FECHA



INFORMACIÓN DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL Y CANALIZACIÓN

40. INFORMACIÓN DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL Y CANALIZACIÓN (EL SOLICITANTE DEBE LLENAR ESTO)

Llene todos los campos incluso si ya brindó la información. Este formulario sirve para tomar medidas en su caso de manutención infantil.

TENGO EL SIGUIENTE PARENTESCO CON EL MENOR

Madre Padre Abuelo Otro _____

INFORMACIÓN DEL PADRE O LA PERSONA QUE TIENE LA CUSTODIA

NOMBRE (APELLIDOS)		(NOMBRES)	
DOMICILIO (NÚMERO Y CALLE)		(CIUDAD)	(ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)
NO. TEL. DE CASA (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	NO. TEL. CEL. (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	NO. TEL. TRABAJO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	
NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	SEXO

INFORMACIÓN DEL PADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA O DEL PRESUNTO PADRE

NOMBRE (APELLIDOS)		(NOMBRES)	(ALIAS)
DOMICILIO (EL ACTUAL O EL ÚLTIMO CONOCIDO)		(CIUDAD)	(ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)
FECHA DEL ÚLTIMO DOMICILIO CONOCIDO	NO. TEL. (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	NO. TEL. CEL. (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD Y ESTADO)	RAZA	SEXO

HIJOS DEL PADRE QUE TIENE LA CUSTODIA Y EDL PADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA O EL PRESUNTO PADRE

DCN O SSN DEL MENOR	NOMBRE (APELLIDOS, NOMBRES)	FECHA DE NACIMIENTO	CONDADO O ESTADO DE NACIMIENTO	RAZA	SEXO

SI LOS MENORES NACIERON FUERA DEL ESTADO ANEXE UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO, DE SER POSIBLE

INFORMACIÓN JUDICIAL Y SOBRE ESTADO CIVIL

LOS PADRES DEL MENOR O LOS MENORES:

Están casados Nunca se casaron Solicitaron el divorcio Están divorciados

SI LOS PADRES ESTÁN O ESTUVIERON CASADOS, INDIQUE LO SIGUIENTE SOBRE EL MATRIMONIO:	▶	FECHA	UBICACIÓN (CIUDAD, CONDADO Y ESTADO)
SI LOS PADRES ESTÁN DIVORCIADOS O SOLICITARON DIVORCIO, INDIQUE LO SIGUIENTE SOBRE EL DIVORCIO:	▶	FECHA	UBICACIÓN (CIUDAD, CONDADO Y ESTADO)

¿EL PADRE CON CUSTODIA DE LOS MENORES VIVIÓ FUERA DE MISSOURI DESPUÉS DE QUE LOS MENORES NACIERON?

Sí No No se sabe

SI ELIGIÓ 'SÍ':	▶	DÓNDE (CIUDAD, CONDADO, ESTADO)	CUÁNDO
-----------------	---	---------------------------------	--------

¿LA MADRE ESTABA CASADA CON OTRO HOMBRE, DISTINTO DEL PADRE SIN CUSTODIA O EL PRESUNTO PADRE, CUANDO SE EMBARAZÓ O CUANDO LOS MENORES NACIERON?

Sí No No se sabe

SI ELIGIÓ 'SÍ':	▶	NOMBRE	FECHA DE MATRIMONIO
-----------------	---	--------	---------------------

¿LOS PAGOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL FUERON ORDENADOS POR UN TRIBUNAL?
 Sí (ANEXE UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL ORIGINAL Y DE CUALQUIER MODIFICACIÓN) No No se sabe

SI ELIGIÓ 'SÍ', ESPECIFIQUE LA INFORMACIÓN JUDICIAL	▶	CONDADO Y ESTADO DE LA ORDEN JUDICIAL		FECHA DE LA ORDEN
		NÚMERO DE LA ORDEN	MONTO POR CADA MENOR \$	FRECUENCIA (A LA SEMANA, AL MES, ETC.)

LLENE LO SIGUIENTE SI LOS PADRES NO ESTABAN CASADOS CUANDO LOS MENORES NACIERON

¿ALGÚN TRIBUNAL HA DETERMINADO LA PATERNIDAD LEGAL?
 Sí (ANEXE COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL) No

SI ELIGIÓ 'SÍ', ESPECIFIQUE LA INFORMACIÓN JUDICIAL	▶	CONDADO Y ESTADO DE LA ORDEN JUDICIAL	FECHA DE LA ORDEN	NÚMERO DE LA ORDEN
-----------------------------------------------------------------	---	---------------------------------------	-------------------	--------------------

¿EL PRESUNTO PADRE HA ADMITIDO EN ALGÚN DOCUMENTO QUE ES EL PADRE DEL MENOR O LOS MENORES?
 No Sí (ANEXE COPIA DEL DOCUMENTO) SI RESPONDIÓ 'SÍ', ¿EN QUÉ ESTADO?:

¿SE HA REALIZADO UNA PRUEBA DE PATERNIDAD PARA DETERMINAR QUIÉN ES EL PADRE BIOLÓGICO DEL MENOR O LOS MENORES?
 No Sí (ANEXE COPIA DEL DOCUMENTO) SI RESPONDIÓ 'SÍ', ¿EN QUÉ ESTADO?:

¿ES POSIBLE QUE OTRO HOMBRE, DISTINTO DEL PRESUNTO PADRE, SEA EL PADRE DEL MENOR O LOS MENORES INDICADOS? (ANEXE UNA HOJA ADICIONAL EN CASO NECESARIO)
 Sí No

SI ELIGIÓ 'SÍ':	▶	NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA)
		NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA)

INFORMACIÓN OCUPACIONAL Y SOCIAL

¿EL PADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA O EL PRESUNTO PADRE TIENE EMPLEO ACTUALMENTE?
 Sí No No se sabe

¿CUALES SON LOS NOMBRES Y DOMICILIOS DE LOS PADRES DEL PADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA O EL PRESUNTO PADRE?

NOMBRE DEL PADRE	DOMICILIO DEL PADRE
NOMBRE DE LA MADRE (NOMBRE DE SOLTERA)	DOMICILIO DE LA MADRE

Por qué solicitamos su número del Seguro Social (SSN): Necesitamos su SSN y el de su(s) hijo(s). Los SSN se utilizarán para localizar individuos con el fin de determinar la paternidad y fijar, modificar y hacer cumplir obligaciones de manutención. Con apego al Artículo 466(a)(13) de la Ley del Seguro Social, es obligatorio dar a conocer estos SSN. También le pedimos que proporcione el SSN del padre sin custodia o el presunto padre en caso de conocerlo. Necesitamos esta información para integrar al otro padre en nuestros registros, formalizar una orden de manutención o hacer cumplir una orden de manutención. Si no proporciona esta información puede haber demoras en los servicios que le brindemos.

Garantizo que toda la información que proporcioné en este formulario es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
-----------------------	-------

ESTA SECCIÓN LA LLENA EL PERSONAL DE PRESERVACIÓN DE INGRESOS

WORKER'S NAME (PLEASE PRINT)	IM OFFICE	DATE
------------------------------	-----------	------

NOTATIONS OF INCOME MAINTENANCE WORKER