



Application for Assistance

Part B: Information We Need to Know

Solicitud de Asistencia

Parte B: información que necesitamos

Welcome to the Texas Health and Human Services Commission (HHSC). We help Texans in need by providing medical help, food stamps, and cash assistance. We also can provide information about other helpful services in your community.

There are several steps to applying for help from HHSC. **Note:** If you need help completing this application, please contact your local eligibility determination office.

1. Fill out as much of this application as you can, sign it, and return it to your local eligibility determination office. You can file your application on the same day you contact the local eligibility determination office. We need at least your name, address and a signature on Part A, Page 1.
 - If you are pregnant and want Medicaid only for yourself, there are some questions that you don't need to answer. They are marked.
 - If you are without money for food, please ask an HHSC advisor about applying for emergency food stamp benefits.
2. You will be scheduled for an interview with an HHSC advisor who will go over this application with you and who may ask more questions.
3. You must bring proof of identification and income to your interview. You may be asked to bring other items as well, such as rent receipts, utility bills, or paycheck stubs.

Bienvenido al la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC). En la HHSC, ayudamos al tejano necesitado con asistencia médica, estampillas para comida y asistencia económica. También ofrecemos información sobre otros servicios en la comunidad que lo podrían beneficiar.

Para solicitar asistencia de la HHSC, hay que seguir varios pasos. **Nota:** si necesita ayuda para completar esta solicitud, sírvase llamar a la oficina local de determinación de elegibilidad.

1. Llene cuanto pueda de la solicitud, firme y devuélvala a la oficina local de determinación de elegibilidad. Puede presentar la solicitud el mismo día en que se comunique con la oficina local de determinación de elegibilidad. Debe darnos por lo menos su nombre y dirección y debe firmar la Parte A, página 1.
 - Si está embarazada y quiere solicitar Medicaid sólo para usted, no tiene que contestar algunas preguntas. Éstas están marcadas.
 - Si no tiene dinero para la comida, sírvase preguntar a un consejero de la HHSC sobre las estampillas para comida de emergencia.
2. Tendrá una cita para que un consejero de la HHSC lo entreviste. El consejero repasará la información de esta solicitud con usted y es posible que le haga más preguntas.
3. Tendrá que llevar comprobantes de identidad y de ingresos a la entrevista. Puede que le pidan otras cosas, como recibos de renta, cuentas de servicios públicos o talones de cheques de paga.

Please check all of the following that apply to you and your family.
Por favor, marque todos los que se aplican a usted y a su familia.

My family and I need help with the following services. HHSC does not provide all of these services, but we will try to refer you to someone in your community.

Mi familia y yo necesitamos ayuda con los siguientes servicios. La HHSC no ofrece todos estos servicios, pero trataremos de enviarlo a un lugar de su comunidad.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Children's Health Insurance/Seguro médico para niños | <input checked="" type="checkbox"/> Food/Comida | <input type="checkbox"/> Child care/Cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> Transportation/Transportación | <input type="checkbox"/> Child support/Manutención de niños | <input type="checkbox"/> Utilities/Servicios públicos |
| <input type="checkbox"/> Family violence/Violencia familiar | <input type="checkbox"/> Finding work/Búsqueda de trabajo | <input type="checkbox"/> Rent/Renta |
| <input type="checkbox"/> Medical assistance/Asistencia médica | <input type="checkbox"/> Education or training/
Educación o capacitación | <input type="checkbox"/> Immigrant or refugee services/
Servicios para inmigrantes o refugiados |
| <input type="checkbox"/> Help for someone who is elderly, blind, or has a disability/Ayuda para alguien que es de edad avanzada, ciego o que tiene alguna discapacidad | | <input type="checkbox"/> Other (please specify)/Otro (especifique): |

Name/Nombre	Address/Dirección	Apartment/Apartamento	City/Ciudad	State/Estado TEXAS	ZIP
-------------	-------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	-----

For Agency Use Only/Sólo para uso del departamento

Status <input type="checkbox"/> App. <input type="checkbox"/> Recert.	App./Case No.	Cat.	Active FS Case No.	Active TANF Case No.	Active Med. Case No.	BJN	Mail Code
Former Recipient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date Requested	Date Mailed	Date Received	Date Rec'd./Wrong Off.	Eligible for Exp. Service? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Short Cert. Timely Due Date	Screened by: Appt. Date & Time

Voter Registration Status <input type="checkbox"/> Already Registered <input type="checkbox"/> Client Declined <input type="checkbox"/> Agency Transmitted <input type="checkbox"/> Client to Mail <input type="checkbox"/> Mailed to Client <input type="checkbox"/> Other	Agency Staff Signature _____
--	------------------------------

We want to get help to you as soon as possible, so please answer the following questions.
Queremos que reciba ayuda lo más pronto posible, así que por favor, conteste las siguientes preguntas.

I am, or someone in my family is:/Alguien de mi familia, o yo mismo, está en la siguiente situación:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Disabled/Tiene alguna discapacidad | <input type="checkbox"/> Homeless/No tiene casa ni hogar |
| <input type="checkbox"/> Resident of shelter for battered women/
Es residente de un refugio para mujeres maltratadas | <input type="checkbox"/> Pregnant/Está embarazada |
| <input type="checkbox"/> Without money for food/No tiene dinero para la comida | Who?/¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Elderly/Es de edad avanzada | Expected Delivery Date?/¿Cuándo? _____ |
| | Number of children expected?/¿Cuarto? _____ |

Do you have a physical or mental condition that requires special accommodations during your interview with an HHSC advisor, such as needing a sign language interpreter?/¿Tiene alguna discapacidad física o mental que hace necesaria alguna adaptación especial, como un intérprete del lenguaje de señas, para la entrevista con el consejero de la HHSC? Yes/Sí No

If "Yes," what do you need?/Si contesta "Sí", ¿qué adaptación necesita? _____

HHSC can provide an interpreter at no cost to you. Will you need an interpreter at your next interview?/La HHSC le puede ofrecer los servicios de un intérprete sin costo alguno para usted. ¿Necesitará un intérprete para su próxima entrevista? Yes/Sí No

If "Yes," what language?/Si contesta "Sí", ¿qué idioma debe hablar el intérprete? _____

To get food stamps, TANF or Medicaid, most people have to come into a local eligibility determination office for a face-to-face interview. If any of the reasons below apply to you, you can request a telephone interview instead. If you want to be interviewed by telephone, please check the reason(s) below that describes why you cannot come into a local eligibility determination office. List the telephone number, with area code, where you can be reached for your interview here: _____ Para recibir estampillas para comida, TANF o Medicaid, la mayoría de las personas debe venir a la oficina local de determinación de elegibilidad para una entrevista en persona. Si alguna de las siguientes razones es pertinente a su caso, puede pedir que lo entrevistemos por teléfono. Si quiere que lo entrevistemos por teléfono, marque las razones que describen por qué no puede venir a la oficina local de determinación de elegibilidad. Anote el número de teléfono, con la clave del área, donde podamos comunicarnos con usted para entrevistarlo: _____

- I live more than 30 miles away from the local eligibility determination office./Vivo a más de 30 millas de la oficina local de determinación de elegibilidad.
- I can't come to the local eligibility determination office because of bad weather./No puedo ir a la oficina local de determinación de elegibilidad porque hace mal tiempo.
- My work or training schedule conflicts with the local eligibility determination office hours./Hay conflicto entre mi horario de trabajo o de entrenamiento y las horas de la oficina local de determinación de elegibilidad.
- I must take care of a household member./Tengo que cuidar a un miembro de la unidad familiar.
- I am ill./Estoy enfermo.
- I don't have transportation./No tengo transportación.
- I am a victim of family violence./Soy víctima de violencia familiar.

An HHSC representative will contact you to set up a telephone interview./Un representante de la HHSC se pondrá en contacto con usted para programar la entrevista por teléfono.

Instructions/Instrucciones

 Medicaid helps pregnant women, children, and families with medical care./Medicaid ofrece atención médica a mujeres embarazadas, a niños y a familias.


I want to apply for Medicaid for an adult household member(s).

Quiero solicitar Medicaid para un miembro adulto de la unidad familiar. Yes/Sí No

I want to apply for health insurance for a child(ren) who lives with me.


Quiero solicitar seguro médico para un niño que vive conmigo. Yes/Sí No

To apply for Medicaid, answer the questions marked with  ./Para solicitar Medicaid, conteste las preguntas indicadas con el signo .

 Food Stamps help people buy food./Las estampillas para comida ayudan a las personas a comprar comida.

I want to apply for Food Stamps./Quiero solicitar estampillas para comida. Yes/Sí No



To apply for Food Stamps, answer the questions marked with  ./Para solicitar estampillas para comida, conteste las preguntas indicadas con el signo .

 Temporary Assistance for Needy Families (TANF) helps families meet their basic needs with monthly cash assistance. One Time Temporary Assistance for Needy Families (OTTANF) provides a \$1,000 cash payment./La Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) ayuda a las familias a satisfacer sus necesidades básicas con asistencia económica cada mes. La Asistencia Temporal Única a Familias Necesitadas (OTTANF) ofrece un pago en efectivo de \$1,000.

I want to apply for monthly TANF benefits./Quiero solicitar los beneficios mensuales de TANF. Yes/Sí No

I want to apply for a One Time TANF benefit./Quiero solicitar el beneficio de un pago único de TANF. Yes/Sí No

I want to apply for a One Time Grandparent TANF benefit./ Quiero solicitar el beneficio de un pago único de abuelo de TANF. Yes/Sí No

To apply for TANF answer, the questions marked with  ./Para solicitar TANF, conteste las preguntas indicadas con el signo .



Applicant Information/Información del solicitante

Name (Last, First, Middle)/Nombre (Apellido, primer nombre, segundo nombre)		Home Telephone No. (include area code)/Teléfono de la casa (con la clave del área) ()	
Have you ever used another name? If so, list other names you have used./¿Ha usado alguna vez otro nombre? Si es el caso, enumere los nombres que ha usado. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		Other Phone No. (include area code)/Otro número de teléfono (con la clave del área) ()	
Mailing Address (Street or P.O. Box)/Dirección postal (Calle o Apdo.)			Apt. No./Núm. de Apto.
City/Ciudad	State/Estado	ZIP	County/Condado
Home address if different from above — if rural, give directions/Domicilio particular, si es diferente a la dirección de arriba. Si es rural, explique cómo llegar.			

Household Information/Información de la unidad familiar



1. Fill in the information below for all members of your household for whom you are applying for benefits. Please be sure to include yourself and any children you list in question 3. DO NOT list people here for whom you don't want benefits. List them in Question 2.

Escriba la siguiente información de cada miembro de la unidad familiar para quien solicita beneficios. Asegúrese de anotarse usted mismo y de anotar a los niños que enumeró en la pregunta 3. NO ANOTE aquí a las personas para quienes no solicita beneficios. Anote a esas personas en la pregunta 2.

Citizenship Status (Check only one)
Calidad de ciudadanía
(Sólo marque una)

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primero, segundo)	Social Security No. (optional)* Núm. de Seguro Social (opcional)*	What Kin to You? Parentesco con usted	Date of Birth Fecha de nacimiento	Sex Sexo	Race Raza	Check if College Student ¿Es estudiante universitario?	Citizenship Status	
							U.S. Citizen Ciudadano estadounidense	Legal Alien Inmigrante legal
		Self/Yo mismo						

* If a person's Social Security Number is not provided, this person will be disqualified from receiving benefits.

* Si no aparece el Número de Seguro Social de alguna persona, esa persona no podrá recibir beneficios.

The next three questions are optional and do not affect your eligibility./Las siguientes tres preguntas son opcionales y no afectarán su elegibilidad.

Is anyone in your household a member of a federally recognized Indian tribe?/¿Pertenece algún miembro de su unidad familiar a una tribu indígena reconocida federalmente? Yes/Sí No

List the name of the individual:/Anote el nombre de la persona: _____

Is anyone in your household an unaccompanied refugee minor?/¿Es algún miembro de su unidad familiar un niño refugiado no acompañado? Yes/Sí No

List the name of the individual:/Anote el nombre de la persona: _____

Is anyone in your household a child enrolled in the Department of State Health Services Children with Special Health Care Needs program?/¿Participa algún niño de su unidad familiar en el Programa de Niños con Necesidades Médicas Especiales del Departamento Estatal de Servicios de Salud? Yes/Sí No

List the name of the individual:/Anote el nombre de la persona: _____



2. List any other people who live with you who are not listed in Question 1./Haga una lista de las otras personas que viven con usted y a quienes no anotó en la primera pregunta.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primero, segundo)	What Kin to You? Parentesco con usted	Date of Birth, if Related Fecha de nacimiento si es pariente



3. Complete the following about the CHILDREN for whom you want TANF or Medicaid benefits./Escriba la siguiente información sobre los NIÑOS para quienes quiere solicitar beneficios de TANF o de Medicaid.

Child's Name/Nombre del niño	Mother's Name/Nombre de la madre	Mother's Maiden Name/ Nombre del	Father's Name/Nombre del padre



4. We need to make sure you are not still signed up for benefits in another state or city or as part of another household. Have you recently moved or changed your name?/ Tenemos que asegurarnos de que usted no esté apuntado todavía para recibir beneficios en otro estado o ciudad como parte de otra unidad familiar. ¿Hace poco se mudó o cambió su nombre? Yes/Sí No

If "Yes," when?/Si contesta "Sí", ¿cuándo? _____

Were you receiving TANF, food stamps, or Medicaid in that other location?/¿Recibía TANF, estampillas para comida o Medicaid en el otro lugar? Yes/Sí No

If "Yes," where?/Si contesta "Sí", ¿donde? _____

Resources/Recursos

If you are pregnant and all you want is Medicaid for your pregnancy, you do not need to answer Questions 5-7. Go to Question 8.

Si está embarazada y sólo quiere solicitar Medicaid para el embarazo, no tiene que contestar de la pregunta 5 a la 7. Continúe en la pregunta 8.



5. How much money do you — and everyone who lives with you — have? For example, on your person, in your home, in bank accounts, or other locations./¿Cuánto dinero tienen usted y las personas con quienes vive; por ejemplo, en el bolsillo, en la casa, en las cuentas bancarias o en otros lugares? \$ _____



6. How many cars, trucks, or other vehicles does your household have? Please list the year, make, and model in the chart below.

¿Cuántos carros, camionetas u otros vehículos tienen las personas de la unidad familiar? Favor de anotar el año, la marca y el modelo en la tabla a continuación.....

	Year/Año	Make & Model/Marca y modelo
1.		
2.		
3.		



7. Do you — or does anyone living with you — own or pay for a home, lot, land, or other things?/¿Tiene o paga usted o alguien que vive con usted una casa, un lote, un terreno u otros bienes? Yes/Sí No

Income & Employment/Ingresos y trabajo



8. List all of your household's income here.

Be sure to include the following: money from training or work; money you collect from charging room and board; cash gifts, loans, or contributions from parents, relatives, friends, and others; school grants or loans; child support; and unemployment or government checks.

Haga una lista de los ingresos de la unidad familiar.

Asegúrese de anotar: ingresos de trabajo o de capacitación; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida; regalos en efectivo, préstamos o contribuciones de sus padres, familiares, amigos y otras personas; becas o préstamos de la escuela; manutención de niños y cheques del gobierno o pagos por desempleo.

Name of person working or receiving money Nombre de la persona que trabaja o recibe el dinero	Name of employer, person, or agency that provides the money Nombre del patrón, la persona o la agencia que paga el dinero	How often received? (once? weekly? monthly?) ¿Con qué frecuencia lo recibe? (una vez, por semana, por mes)	Amount received Cantidad recibida	If Social Security, enter claim number Si es Seguro Social, dé el número de la reclamación



9. Have you — or has anyone living with you — worked in the past three months?/¿Ha trabajado usted o alguien que vive en la casa en los últimos tres meses? Yes/Sí No

Living Arrangements & Expenses/Arreglo de vivienda y gastos



10. Check all boxes that apply to your household./Marque todas las cajitas que se apliquen a su caso.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Own or paying for home
Soy dueño de mi casa o la estoy comprando | <input type="checkbox"/> Migrant or seasonal farm worker
Soy trabajador migratorio o de temporada | <input type="checkbox"/> Renting
Rento |
| <input type="checkbox"/> No permanent residence
No tengo residencia permanente | <input type="checkbox"/> Live with relatives or friends
Vivo con parientes o amigos | |



11. Please list your expenses below. Do not include items such as car payments and credit cards./Por favor, haga una lista de sus gastos a continuación. No escriba cosas, como las cuotas del carro o de las tarjetas de crédito.

- Monthly rent or mortgage payment/Renta o pago hipotecario \$ _____
- Monthly utilities (gas/water/electric)/Pago mensual de servicios públicos (gas, agua, luz) \$ _____
- Monthly telephone bill/Cuenta mensual de teléfono \$ _____
- Tax on home per year/Impuesto anual de la casa \$ _____
- Insurance on home per year/Seguro anual de la casa \$ _____



11a. Does anyone pay these expenses for you?/¿Hay otra persona que paga estos gastos por usted? Yes/Sí No



12. Does anyone in your household pay court-ordered child support?/¿Hay alguien en la unidad familiar que paga manutención de niños por orden de la corte? Yes/Sí No



13. Do you pay anyone to care for a child or other household member so that you can work or train for a job?/Para poder trabajar o recibir entrenamiento, ¿paga usted para que le cuiden a algún niño o a otro miembro de la unidad familiar? Yes/Sí No

If "Yes," how much do you pay?/Si contesta "Sí", ¿cuánto paga? \$ _____ per/por _____ (month/week/day/ mes/semana/día)



14. Do you — or does anyone in your household — have unpaid medical bills from the last four months?/¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar cuentas médicas sin pagar de los últimos cuatro meses? Yes/Sí No

Other Information/Otra información

If you are applying for Medicaid ONLY, you do not need to answer Questions 15-23. Go to Page 8.

Si sólo solicita Medicaid, no tiene que contestar de la pregunta 15 a la 23. Continúe en la página 8.



15. Does anyone in your household have a disability?/¿Tiene alguien de la unidad familiar alguna discapacidad? Yes/Sí No



16. Have you — or has anyone living with you — quit a job in the last 60 days?/Durante los últimos 60 días, ¿renunció a un trabajo usted o alguien que vive con usted? Yes/Sí No



17. Are you — or is anyone in your household — on strike? (If so, special calculations are used for Food Stamps.)/¿Está en huelga usted o alguien de su casa? (Si es así, se calculan las estampillas para comida de manera especial.) Yes/Sí No



18. Do you — or does anyone in your household — have health insurance or monthly medical costs? For example, bills, medicine, transportation, or home care?/¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar seguro médico o gastos médicos mensuales; por ejemplo, cuentas, medicamentos, transportación o atención en casa? Yes/Sí No



19. Did you — or did anyone living with you — sell, trade, or give away any cash or property during the last three months?/Durante los últimos tres meses, ¿traspasó, vendió o regaló usted o alguien que vive con usted dinero o alguna propiedad? Yes/Sí No



20. Are you — or is anyone in your household — disqualified from participating in the TANF or Food Stamp programs in Texas or anywhere else in the United States?/¿Perdió usted o alguien de la unidad familiar el derecho de participar en el programa de TANF o de estampillas para comida de Texas o en otro lugar de los Estados Unidos? Yes/Sí No

Who/¿Quién?	When/¿Cuándo?	Where/¿Dónde?	For how long?/¿Por cuánto tiempo?
-------------	---------------	---------------	-----------------------------------

Please read this information. Then answer Question 21 below.

Tenga la bondad de leer esta información. Luego, conteste la pregunta 21.

For TANF households: Your household's benefits may be reduced if, since signing the Personal Responsibility Agreement (Form 1073), any caretaker relative or parent in the TANF household has been convicted of or has deferred adjudication for (1) using, selling, or possessing marijuana or any other controlled substance in violation of Chapter 481, Health and Safety Code, or (2) the abuse of alcohol.

Para las unidades familiares que reciben TANF: los beneficios de la unidad familiar se pueden reducir si, después de firmar el Acuerdo de Responsabilidad Personal (Forma 1073), a algún padre o cuidador pariente se le condena o se le aplaza el fallo por algún delito que tiene que ver con (1) el uso, la venta o la posesión de marihuana o de otra substancia controlada, en violación del Capítulo 481 del Código de Salubridad y Seguridad o (2) el abuso del alcohol.



21. Has any caretaker relative or parent in your TANF household been convicted (or had a deferred adjudication) as described above, since signing the Personal Responsibility Agreement?/Después de firmar el Acuerdo de Responsabilidad Personal, ¿a algún padre o cuidador pariente de la unidad familiar que recibe TANF se le ha condenado (o se le ha aplazado el fallo) como se describe antes? Yes/Sí No

Federal laws prohibit the state from providing TANF and food stamps to persons with certain criminal violations. Please answer the questions below:/La ley federal le prohíbe al estado dar TANF y estampillas para comida a las personas que tienen ciertos antecedentes penales. Favor de contestar las siguientes preguntas:



22. Are you — or is anyone in your household — fleeing from law enforcement agencies on any charges, or are you in violation of probation or parole according to a court?/¿Está huyendo de las autoridades policiales y judiciales usted o alguien de la unidad familiar porque tiene cargos en su contra o, según la corte, está violando la condena de ejecución condicional o la libertad condicional? Yes/Sí No



23. Has anyone in your household had a felony conviction for conduct occurring after August 22, 1996, for the possession, use, or distribution of a controlled substance?/¿Tiene una condena por delito grave algún miembro de la unidad familiar debido a su conducta, ocurrida después del 22 de agosto de 1996, relacionada con posesión, uso o distribución de una substancia controlada? Yes/Sí No

24. If you are not registered to vote where you live now, would you like the opportunity to apply to register to vote here today?/Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive ahora, ¿le gustaría tener la oportunidad de solicitar la inscripción de votante aquí, hoy mismo? Yes/Sí No Already Registered/Ya estoy inscrito

Important Information/Información importante

Please read the information below and sign.

Tenga la bondad de leer la siguiente información y luego firmar.

In accordance with federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, religion, political beliefs, or disability. If you feel you have been discriminated against, you may contact any local HHSC Civil Rights office for your area, contact your local eligibility determination office. You may also write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

Information you provide in connection with this application is subject to verification by HHSC and other state and federal agencies. Your signature below authorizes release of such information and release of your child support payment records to HHSC. Your signature also indicates that you agree that information provided in this application may be used to determine eligibility for yourself and other household members for any program administered by HHSC.

I certify under penalty of perjury that the information I have provided on this application is true and complete to the best of my knowledge. If it is not, I may be subject to criminal prosecution in accordance with Part A.

Signature Date

Signature (only if declining voter registration) Date

Driver's License Number

If you want someone besides the head of your household, your spouse, or a responsible household member to apply for benefits, obtain information, or report changes for you, give his or her name and address. This person must sign on the "Authorized Representative" signature line below.

Name of Authorized Representative

Address of Authorized Representative (Street, City, State, ZIP)

Telephone

Signature Authorized Representative Date

If someone helped to complete this form, please give his or her name.

Flor Jones

Name

East Texas Food Bank

Address

903-253-3396

Telephone

Conforme con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), se le prohíbe a esta institución discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad. Si cree que lo han discriminado, puede comunicarse con cualquier oficina local de Derechos Civiles de la HHSC. Para obtener la dirección y el número de teléfono de la oficina de Derechos Civiles de la HHSC de su área, comuníquese con la oficina local de determinación de elegibilidad. También puede escribir al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ó puede llamar al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA ofrece oportunidades iguales como empleador y proveedor.

La información que nos dé relacionada con esta solicitud está sujeta a verificación por la HHSC y otros departamentos estatales y federales. Su firma a continuación autoriza la divulgación a la HHSC de dicha información y de una lista de sus pagos de manutención de niños. Su firma también indica que usted está de acuerdo con que la información dada en esta solicitud se use para determinar si usted y otros miembros de la unidad familiar tienen derecho a cualquier programa administrado por la HHSC.

Certifico bajo pena de perjurio que la información que doy en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. De lo contrario, puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal de acuerdo con la información de la Parte A.

Firma Fecha

Firma Fecha

Número de Licencia para Manejar

Si quiere que alguien que no sea la cabeza de la unidad familiar, ni su cónyuge ni otro adulto responsable de la unidad familiar le haga la solicitud de beneficios, obtenga información o avise de cambios, dé el nombre y la dirección de esa persona. Esa persona debe firmar sobre la línea de la "Firma del Representante Autorizado" que aparece a continuación.

Nombre del Representante Autorizado

Dirección del Representante Autorizado (Calle, Ciudad, Estado, ZIP)

Teléfono

Firma del Representante Autorizado Fecha

Si alguna persona le ayudó a llenar esta solicitud, por favor, dé el nombre de esa persona.

Nombre

Dirección

Teléfono

For Agency Use Only Sólo para uso del departamento	Qualified Provider	Application Date	Date Approved
--	--------------------	------------------	---------------