



Solicitud de servicios

Si necesita ayuda para completar este formulario o tiene preguntas, infórmenos. ¡Podemos ayudar!

¿Cómo puedo presentar una solicitud?

Use este formulario de solicitud para programas de asistencia pública. Solo tiene que colocar su nombre legal, dirección y firma en la página 7 de este formulario de solicitud para garantizar una fecha de inicio de los beneficios.

Para el SNAP, la fecha de inicio de sus beneficios es la fecha en que recibimos su página 7 debidamente completada. Los beneficios de los programas de Asistencia Pública para Adultos, Medicaid y otros pueden comenzar en una fecha distinta.

Presente su solicitud para Medicaid más rápido en línea

- Visite www.healthcare.gov o www.my.alaska.gov para presentar la solicitud en línea.

¿Cuánto tardará?

La tramitación de su solicitud puede tardar hasta 45 días.

Los solicitantes del SNAP podrían tener derecho a un servicio agilizado. Es posible que los siguientes grupos familiares sean elegibles para recibir los beneficios del SNAP en un plazo de 7 días:

- Grupos familiares con menos de \$100 en efectivo o en el banco.
- Grupos familiares con ingresos brutos mensuales (antes de deducciones) inferiores a \$150.
- Grupos familiares con gastos de alquiler, hipoteca o servicios públicos superiores a sus ingresos brutos mensuales, al dinero en efectivo y al dinero en el banco.

Lo que puede necesitar para solicitar un seguro de salud

- Números de Seguro Social (o números de documento para inmigrantes legales que necesitan seguro).
- Fechas de nacimiento.
- Información sobre el empleador y los ingresos de todas las personas del grupo familiar (por ejemplo, talones de pago, formulario de impuestos W-2, declaraciones salariales y de impuestos). Sus ingresos y el tamaño de su grupo familiar nos ayudan a decidir para qué programas de seguro de salud califica. Debemos contar con información sobre todas las personas que figuran en su declaración de impuestos (no es necesario que presente una declaración de impuestos para obtener cobertura de salud o servicios de asistencia pública).
- Números de póliza de cualquier seguro de salud que tenga actualmente.
- Información sobre cualquier seguro de salud laboral disponible para su familia.

¿Tengo que hacer una entrevista?

- Debe hacer una entrevista antes de que podamos determinar si usted es elegible para recibir ciertos programas de asistencia pública. Puede programar una entrevista en la oficina de Asistencia Pública o con el agente de tasas de su localidad. Se rechazará su solicitud si no realiza una entrevista.
- Si necesita un intérprete, llame al 1-800-478-7778 y le proporcionaremos este servicio sin costo. Si usted es sordo, tiene problemas auditivos o una discapacidad del habla, marque 711 para comunicarse con el asistente de retransmisión de comunicaciones de Alaska.

Programas

Mercado Facilitado por el Gobierno Federal

Planes de seguro de salud privados, plan de ahorro gratuito o de bajo costo y créditos tributarios que pagan el seguro.

Medicaid

Ofrece cobertura médica a personas con bajos ingresos, personas mayores de 65 años, personas ciegas, mujeres embarazadas y familias con hijos dependientes. También proporciona ayuda con las primas de las Partes A y B de Medicare.

Asistencia médica para personas con enfermedades crónicas y agudas

Proporciona ayuda a personas con enfermedades específicas que no califican para Medicaid y tienen pocos ingresos o ninguno.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Brinda ayuda para comprar alimentos.

Programa de Asistencia Temporal

Proporciona pagos mensuales en efectivo a familias elegibles con hijos.

Asistencia Pública para Adultos

Proporciona pagos mensuales en efectivo y asistencia médica a adultos mayores, personas ciegas y con discapacidades elegibles.

Asistencia de Socorro General

Ayuda a individuos y familias elegibles con sus necesidades de alquiler y servicios públicos en casos de emergencia. También brinda ayuda con los costos de entierro.

Página de información - Lea y conserve esta página para sus registros.

Es posible que deba proporcionarnos lo siguiente

Identidad: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> certificado de nacimiento<input type="checkbox"/> licencia de conducir o identificación del estado<input type="checkbox"/> tarjeta de identificación de beneficios de salud<input type="checkbox"/> identificación escolar o laboral<input type="checkbox"/> pasaporte	Ingresos devengados: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> talones de pago (durante los últimos 30 días)<input type="checkbox"/> declaración del empleador sobre salarios brutos<input type="checkbox"/> registros contables de trabajo por cuenta propia<input type="checkbox"/> formularios de la declaración de impuestos
Residencia: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> facturas de servicios públicos, como electricidad, gas o agua<input type="checkbox"/> contrato de alquiler o declaración de hipoteca donde aparezca su dirección	Ingresos no devengados: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> carta de la agencia que indique el dinero recibido como, por ejemplo, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios de Asuntos de Veteranos (VA), manutención infantil, pensión alimentaria, desempleo y jubilación
Estado migratorio: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> documentos de inmigración o de naturalización (no se requieren para ciudadanos de EE. UU. ni para personas no elegibles que solicitan el programa SNAP para sus hijos ciudadanos de EE. UU.)	Manutención infantil: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> paternidad, custodia y manutención<input type="checkbox"/> sentencias de divorcio o decretos de disolución de matrimonio
Deducciones de gastos médicos: <p>Solo para grupos familiares con adultos mayores (de 60 años o más), personas ciegas o miembros con discapacidades:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> extractos de facturación<input type="checkbox"/> recibos médicos detallados, como los de medicamentos con receta<input type="checkbox"/> tarjeta de Medicare en la que se indica la cobertura de la Parte B<input type="checkbox"/> acuerdo de reembolso con el médico	Otros documentos que podemos solicitar: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> facturas o recibos de cuidado infantil o de cuidado de adultos dependientes<input type="checkbox"/> comprobante de solicitud de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)<input type="checkbox"/> avisos de desalojo o aviso de corte de servicios públicos<input type="checkbox"/> copia de una orden judicial que muestre las obligaciones de manutención infantil y comprobante de pago

Su cita es el día:

Fecha/Día _____ Hora _____ Teléfono _____

Lugar/Entrevistador _____ Fax _____

Página de información - Conserve esta página para sus registros.

Sus derechos y obligaciones

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con una decisión que se haya tomado?

Tiene derecho a analizar cualquier medida que se tome sobre su solicitud o caso junto con un asistente social o con un supervisor. Si cree que la División de Asistencia Pública o el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal cometió un error con respecto a la determinación de su seguro de salud o que la División de Asistencia Pública cometió un error en la determinación de los beneficios, puede apelar la decisión. "Apelar" significa informarle a alguien de la División de Asistencia Pública o del Mercado Facilitado por el Gobierno Federal que usted cree que la medida es incorrecta, y pedir una revisión de la medida en una audiencia imparcial. Puede presentar la solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y Medicaid ante cualquier empleado de la División en persona, por teléfono o por escrito; las solicitudes correspondientes a todos los demás programas deben ser por escrito. Las solicitudes de audiencia imparcial para el SNAP se deben hacer en un plazo de 90 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la medida. Las solicitudes de audiencia imparcial para todos los demás programas se deben hacer en un plazo de 30 días a partir de la fecha del aviso. Si lo solicita, la División lo ayudará a solicitar una audiencia. Si su desacuerdo tiene que ver con la facturación o los servicios médicos, comuníquese con la línea de ayuda de información para beneficiarios de Medicaid llamando al 1-800-780-9972.

Si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada en vigencia de la medida, puede continuar recibiendo beneficios hasta que se tome la decisión de la audiencia. Si no solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada en vigencia de la medida, aún puede apelar, pero no continuará recibiendo sus beneficios. Siempre puede volver a solicitar beneficios mientras espera su audiencia. En la audiencia, puede actuar en su propio nombre o a través de un representante legal. Es posible que califique para recibir asesoramiento y representación legal gratuitos comunicándose con Alaska Legal Services Corporation al (907) 272-9431 o al 1-888-478-2572.

Mi derecho a apelar

Sé que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con la División de Asistencia Pública o con el Mercado al 1-800-318-2596. Sé que alguien además de mí puede representarme en el proceso. Se me explicarán mi elegibilidad y otra información importante.

¿Cuándo debo notificar cambios?

Debe notificar cambios en su grupo familiar en un plazo de 10 días a partir del momento en que tenga conocimiento del cambio. Si recibe Asistencia Temporal de Alaska y uno de sus hijos se va de su casa, debe notificar este cambio en un plazo de 5 días.

¿Qué cambios debo notificar?

Si recibe beneficios del seguro de salud autorizados por el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal o Asistencia Pública de Medicaid, debe notificar todos los cambios en la información proporcionada en esta solicitud, incluidos los cambios en su seguro médico.

Si recibe el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria y no recibe beneficios de ningún otro programa, debe notificar cuando los ingresos brutos totales de su grupo familiar superen el límite de ingresos para el tamaño de su grupo familiar y si alguien de su grupo familiar tiene ganancias de la lotería o de apuestas de \$3,500 o más en un solo juego. Si su grupo familiar incluye miembros sujetos a los límites de tiempo de los Adultos Físicamente Capaces sin Dependientes (ABAWD), debe notificar cuando sus horas de trabajo sean inferiores a 20 horas por semana.

Si recibe servicios de asistencia pública, los cambios que debe notificar incluyen, entre otros, los siguientes:

- Comienza o deja un trabajo, cambia la tarifa salarial, cambia de tiempo parcial a tiempo completo o de tiempo completo a tiempo parcial.
- Si la cantidad de dinero que recibe de las fuentes que no son laborales cambia por más de \$50.
- Alguien se muda a su casa o se va de ella.
- Usted se muda u obtiene una nueva dirección postal.
- Su grupo familiar consigue un vehículo.
- Su grupo familiar tiene más de \$2,250 en total en efectivo y dinero en el banco.
- Hay cambios en el pago o en la obligación de manutención infantil.
- Hay cambios en su seguro médico si usted o algún miembro de su grupo familiar obtiene Medicaid.
- Hay cambios en el embarazo.

¿Tendré que trabajar?

Para recibir la Asistencia Temporal de Alaska o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, es posible que tenga que participar en actividades laborales. Los participantes del programa de Asistencia Temporal de Alaska deben preparar un plan de autosuficiencia familiar para llegar a ser económicamente independientes. Usted debe participar en actividades laborales aprobadas, a menos que califique para una exención. Si es padre o madre menor de edad y no está casado, para recibir la Asistencia Temporal de Alaska debe vivir con uno de sus padres o en otra vivienda aprobada y asistir a la escuela o a capacitación. Si no cumple estos requisitos laborales o requisitos de padre o madre menor de edad, es posible que sus beneficios se reduzcan o finalicen.

Lea y conserve esta página.

¿Qué sucede con mi manutención infantil?

Alaska debe cobrar la manutención infantil y la ayuda médica a cualquiera de los padres que tenga la obligación de pagar la asistencia para un hijo que recibe Asistencia Temporal de Alaska o Medicaid. Esto incluye todo dinero que se le adeude a usted al momento de presentar la solicitud como también pagos de manutención infantil actuales y futuros. Cualquier pago de manutención infantil que se le haya dado o efectuado a usted mientras recibe beneficios de Asistencia Temporal de Alaska se deberá notificar y entregar al estado inmediatamente. Para cambiar una orden de manutención infantil, debe obtener una nueva orden judicial o un permiso de la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD). Si cree que tiene un motivo válido para no cooperar con la CSSD para estos programas, debe informarlo al asistente social inmediatamente. Es posible que se le pida que proporcione información que respalde su motivo.

Cuando solicite Asistencia Temporal de Alaska debe hacer lo siguiente:

- Ceder a la CSSD su derecho a recibir y quedarse con los pagos de manutención infantil que se le adeudan a usted o a un niño que reciba la Asistencia Temporal de Alaska.
- Cooperar con la CSSD para establecer la paternidad.
- Acepta no realizar compras con los beneficios en efectivo de su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) en cajeros automáticos (ATM) ubicados en bares, licorerías, establecimientos de apuestas o de entretenimiento para adultos, ni acceder a dichos beneficios.

Cuando solicita Medicaid debe hacer lo siguiente:

- Asignar al estado de Alaska todos los derechos a cualquier asistencia médica u otros pagos de terceros en la medida en que el departamento haya pagado la asistencia médica para el cuidado y los servicios para usted o sus hijos menores.
- Cooperar con el departamento y ayudarlo a identificar y proporcionar información sobre terceros que puedan ser responsables de pagar los cuidados y servicios recibidos por usted o sus hijos menores.
- Estar de acuerdo con solicitar todos los demás recursos disponibles de terceros que puedan utilizarse para proporcionar o pagar el costo de la atención o de los servicios recibidos por usted o sus hijos menores o que puedan utilizarse para reembolsar al estado el costo de la atención o de los servicios recibidos.
- Cooperar con la CSSD para establecer la paternidad.
- Si solicita servicios de atención a largo plazo, incluidos los servicios de exención en el hogar y la comunidad, ceder al estado de Alaska como beneficiario restante o como segundo beneficiario restante después de su cónyuge o hijo menor de edad o con discapacidad cualquier interés que usted pueda tener en una anualidad hasta el monto de los beneficios de Medicaid recibidos.

¿Puede el estado de Alaska tomar mi patrimonio?

El patrimonio de una persona de 55 años o más que recibió beneficios de Medicaid puede estar sujeto a una demanda de recuperación. Esto se limita al reembolso de los servicios recibidos mientras el beneficiario estaba en una institución médica, incluidos los asilos u otras instituciones médicas, o recibía servicios en el hogar y la comunidad. En algunos casos, el estado de Alaska puede embargar la vivienda de un beneficiario. Sin embargo, la mayor parte de la recuperación del patrimonio se realiza después de la muerte del beneficiario o del cónyuge supérstite del beneficiario, si lo hay, y solo en el momento en que el beneficiario no tenga ningún hijo supérstite menor de 21 años ni ningún hijo supérstite con ceguera o discapacidad.

Responsabilidad por sobrepago

Si recibe un sobrepago de los beneficios de Asistencia Pública o recibe servicios a los que no tiene derecho, es posible que sea responsable económicamente de devolver el sobrepago o el costo de los servicios al estado de Alaska. Esto puede aplicar incluso si el sobrepago o la autorización indebida de los servicios se debe a un error por parte del Departamento de Salud. Al aceptar los beneficios o servicios, debe comprender y aceptar que es posible que sea responsable de reembolsar los beneficios o servicios a los que no tenía derecho.

¿Cómo se protegen mis derechos?

La División de Asistencia Pública recopilará información, incluido el número de Seguro Social (SSN) de cada miembro del grupo familiar que solicite el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, la Asistencia Temporal de Alaska o Medicaid, a fin de determinar la elegibilidad para recibir los beneficios de asistencia pública. La División verificará esta información a través de programas informáticos de comprobación, incluido el sistema de verificación de ingresos y ganancias (IEVS). Esta información se utilizará para comprobar el cumplimiento con las regulaciones del programa y para la gestión del programa. La División puede divulgar esta información a otras agencias federales y estatales para un análisis oficial, a funcionarios de cumplimiento de la ley con el fin de detener a las personas que huyen para evitar el cumplimiento de la ley, y a las agencias privadas de cobro de reclamaciones para tomar medidas de cobro. La División puede verificar el estado migratorio de los miembros del grupo familiar comunicándose con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). La información que se obtiene de estas agencias puede afectar su elegibilidad y nivel de beneficios.

Presentar la información requerida, incluido el número de Seguro Social de cada miembro del grupo familiar para quienes solicita los beneficios, es voluntario. Sin embargo, no suministrar esta información resultará en la denegación de beneficios para cada persona que no proporcione un número de Seguro Social. Cualquier número de Seguro Social proporcionado se usará y divulgará de la misma manera, independientemente de la elegibilidad de la persona. La División de Asistencia Pública puede ayudarlo a solicitar un número de Seguro Social si pide beneficios y no cuenta con el mismo.

Cuando firma la solicitud de asistencia y utiliza Medicaid o Asistencia médica para personas con enfermedades crónicas y agudas, da su consentimiento para que se divulguen las historias clínicas y la información sobre usted y sobre cualquier otra persona en nombre de la cual presenta una solicitud ante el Departamento de Salud (DOH). A petición, toda persona que tenga historias clínicas e información o la custodia de las mismas deberá entregarlas al Departamento o a un representante del mismo.

Lea y conserve esta página.

La información médica o de salud que el DOH pueda tener sobre usted está protegida en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996. Esta ley federal le da ciertos derechos sobre el uso y la divulgación de su información médica. También le permite conocer cómo el DOH usó su información médica y cómo el DOH la divulgó fuera del DOH. Además, la ley limita la divulgación de información sobre usted a la cantidad mínima necesaria con fines de la divulgación y le permite examinar y obtener una copia de su historia clínica personal y solicitar que se hagan correcciones a esa historia clínica.

Podrá obtener una copia digital del Aviso de prácticas de privacidad en el sitio web <https://health.alaska.gov/fms/Documents/DOH-Notice-of-Privacy-Practices.pdf> o puede solicitar una copia impresa enviando un correo electrónico a: privacyofficial@alaska.gov o escribiendo a: State of Alaska, DOH Privacy Official, P.O. Box 110650, Juneau, Alaska 99811-0650.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan en los programas del USDA o que los administran tienen prohibida la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades anteriores relacionadas con derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Los programas que reciben asistencia financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), tales como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y los programas que gestiona directamente el HHS también tienen prohibida la discriminación en virtud de las leyes federales de derechos civiles y la normativa del HHS.

El USDA ofrece asistencia financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y lucha contra el hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), entre otros. Para presentar una queja por discriminación en programas, llene el Formulario de quejas por discriminación en programas (AD-3027) (que se encuentra en línea en: Cómo presentar una queja, y en cualquier oficina del USDA) o escriba una carta dirigida al USDA aportando toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o la carta al USDA por los siguientes medios:

1. correo postal: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. teléfono: (833) 620-1071; o
4. correo electrónico: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para cualquier otra información relacionada con el programa SNAP, las personas deben ponerse en contacto con la línea directa del programa SNAP del USDA llamando al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o a los números de información o líneas directas de cada estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de las líneas directas para cada estado), que se encuentran en línea en: línea directa del SNAP.

El HHS presta asistencia financiera federal a muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, incluidos el programa TANF, el Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), entre otros. Si cree que se lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS presta asistencia financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) en su nombre o en nombre de otra persona.

Para presentar una queja por discriminación en su nombre o en nombre de otra persona en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del HHS, llene el formulario en línea a través del Portal de quejas de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede ponerse en contacto con la OCR por correo postal en la siguiente dirección: 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; fax: (202) 619-3818; o correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para una tramitación más rápida, lo animamos a que utilice el portal en línea de la OCR para presentar quejas en lugar de hacerlo por correo postal. Las personas que necesitan ayuda para presentar una queja sobre derechos civiles pueden escribir un correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar al número gratuito de la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden llamar al 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También facilitamos formatos alternativos (como braille y letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia lingüística sin cargo alguno para presentar una queja. Esta entidad ofrece igualdad de oportunidades.

Divulgación

Su firma en esta solicitud autoriza al Mercado Facilitado por el Gobierno Federal, al Departamento de Salud, a sus agentes y al Departamento Legal a pedir información sobre su salud, situación económica y antecedentes personales y familiares. Esta información se puede usar para determinar su elegibilidad para programas de asistencia pública y, si se inicia una investigación por fraude, en investigaciones administrativas y penales para determinar su elegibilidad para recibir beneficios. Su información no se divulgará por ningún otro motivo ni a ninguna otra persona o agencia fuera del Mercado Facilitado por el Gobierno Federal, el Departamento de Salud o sus representantes, salvo que la ley lo exija. La divulgación de información entrará en vigencia mientras usted sea solicitante o beneficiario de asistencia pública, y para cualquier investigación posterior acerca de su elegibilidad y recepción de beneficios.

Revisaremos sus respuestas con la información de nuestras bases de datos electrónicas y de las bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos, y una agencia de información al consumidor. Si la información no coincide, es posible que le pidamos que nos envíe un comprobante. Además, podemos comunicarnos con otras personas u organizaciones incluidas, entre otras, las siguientes: Alaska Housing Finance Corporation, el Departamento de Pesca y Juegos, el Departamento de Trabajo, el Departamento Legal, el Departamento de Asuntos Militares y de Veteranos, el Departamento de Seguridad Pública, el Departamento de Hacienda, el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos, empleadores, instituciones financieras, arrendadores, gobiernos locales, corporaciones regionales, personas físicas, contratistas y cesionarios del programa de asistencia pública, autoridades escolares, la Administración del Seguro Social, empresas de corretaje y asesores en impuestos. Necesitamos esta información a fin de comprobar su elegibilidad para recibir servicios de asistencia pública y para comprobar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud si elige solicitarla. Además, el Departamento de Salud puede usar la información obtenida a partir de esta divulgación en los procedimientos administrativos contra usted y el Departamento Legal puede usar dicha información en los procedimientos penales contra usted.

Lea y conserve esta página.

¿Qué sucede si no cumpla con las reglamentaciones?

Es posible que se le inicie un proceso si, a sabiendas, da información falsa, incorrecta o incompleta para obtener o intentar obtener beneficios de asistencia pública para los que no es elegible, o para ayudar a alguien a obtener beneficios para los que esa persona no es elegible. Debe reembolsar cualquier beneficio que reciba erróneamente.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	
<p>Comprendo que si...</p> <p>Cometo una infracción intencional del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria definida en la sección 273.16 del título 7 del Código de Regulaciones Federales (CFR) o cualquiera de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oculto información o hago declaraciones falsas; • uso tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) que pertenecen a otra persona; • uso los beneficios de SNAP para comprar bebidas alcohólicas o tabaco; • comercializo o vendo beneficios o tarjetas EBT; 	<p>Es posible que...</p> <ul style="list-style-type: none"> • pierda los beneficios de SNAP durante 12 meses por la primera infracción y se me exija que reembolse todos los beneficios que se me sobrepagaron; • pierda los beneficios de SNAP durante 24 meses por la segunda infracción y se me exija que reembolse todos los beneficios que se me sobrepagaron; • pierda los beneficios de SNAP de manera permanente por la tercera infracción y se me exija que reembolse todos los beneficios que se me sobrepagaron; • reciba multas hasta de \$250,000.00, me encarcelen por hasta 20 años o ambos;
<ul style="list-style-type: none"> • comercializo beneficios de SNAP para sustancias controladas, por ejemplo, medicamentos; 	<ul style="list-style-type: none"> • pierda los beneficios de SNAP durante 24 meses por la primera infracción; • pierda los beneficios de SNAP de manera permanente por la segunda infracción;
<ul style="list-style-type: none"> • doy información falsa acerca de quién soy y de dónde vivo para poder obtener beneficios adicionales; 	<ul style="list-style-type: none"> • pierda los beneficios de SNAP durante 10 años por cada infracción;
<ul style="list-style-type: none"> • me han condenado por comercializar o vender beneficios de SNAP por un valor de más de \$500, o por comercializar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos; 	<ul style="list-style-type: none"> • se me prohíba recibir los beneficios de SNAP de manera permanente.
Programa de Asistencia Temporal de Alaska	
<p>Comprendo que si...</p> <ul style="list-style-type: none"> • cometo una infracción intencional del programa o me condenan por fraude; • doy información falsa acerca de quién soy y de dónde vivo para poder obtener beneficios adicionales; • uso mis beneficios del Programa de Asistencia Temporal de Alaska (ATAP) o accedo a ellos en cualquiera de los cajeros automáticos (ATM) ubicados en bares, licorerías, establecimientos de apuestas o de entretenimiento para adultos; 	<p>Es posible que...</p> <ul style="list-style-type: none"> • pierda los beneficios durante 6 meses por la primera infracción; • pierda los beneficios durante 12 meses por la segunda infracción; • pierda los beneficios de manera permanente por la tercera infracción; • también se apliquen otras sanciones y yo pueda ser objeto de un proceso penal; • tenga que devolver el monto recibido si hay un sobrepago.
Programa Medicaid	
<p>Comprendo que si...</p> <ul style="list-style-type: none"> • cometo una infracción intencional del programa o un abuso de este que produzca un uso indebido o excesivo de los beneficios de Medicaid, o me declaran culpable de mala conducta relacionada con los beneficios de Medicaid; • cometo fraude con la asistencia médica en virtud de la sección 210 del capítulo 5 del título 47 de las leyes de Alaska (AS 47.05.210); 	<p>Es posible que...</p> <ul style="list-style-type: none"> • se me exija que devuelva el monto de los servicios de Medicaid que yo o cualquier persona de mi grupo familiar haya recibido; • se me excluya de Medicaid por hasta 10 años; • tenga que pagar multas hasta de \$25,000 y sea objeto de un proceso penal.

Lea y conserve esta página.



Fecha de recepción y firma del agente de tasas

Solicitud de servicios

Fecha de recepción por el DPA

¿Qué tipo de ayuda necesita? Marque los programas o servicios que necesita.

<input type="checkbox"/> Medicaid Denali Care y Denali KidCare	<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal Pago mensual en efectivo a las familias elegibles con hijos.
<input type="checkbox"/> Asistencia médica para personas con enfermedades crónicas y agudas Cobertura médica limitada para personas con una enfermedad específica que no califican para Medicaid	<input type="checkbox"/> Asistencia Pública para Adultos <input type="checkbox"/> personas ciegas o con discapacidad <input type="checkbox"/> asistencia para adultos mayores
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) Emisión mensual para ayudar a pagar los costos de alimentos. Importante: usted puede ser elegible para SNAP en un plazo de siete días; responda las siguientes preguntas.	<input type="checkbox"/> Asistencia de Socorro General Asistencia en caso de emergencia para individuos y familias elegibles. <input type="checkbox"/> alquiler o servicios públicos <input type="checkbox"/> gastos de entierro
<input type="checkbox"/> Otros servicios <input type="checkbox"/> Beneficios para personas de la tercera edad <input type="checkbox"/> Cuidados a largo plazo	

¿Quién es usted? (Escriba en letra de imprenta y use nombres legales)

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		2. Otros nombres (de soltero/a, apodos, etc.)	
3. Dirección residencial o indicaciones para llegar a su casa			4. Número de departamento o de habitación
5. Ciudad	6. Estado	7. Código postal	
8. Dirección de correo postal (si es distinta de la dirección residencial)			9. Número de departamento o de habitación
10. Ciudad	11. Estado	12. Código postal	
13. Número de teléfono () -		14. Otro número de teléfono () -	
15. Dirección de correo electrónico:		16. Otra dirección de correo electrónico:	

17. ¿El inglés es su idioma principal? Sí No Si la respuesta es No, ¿cuál es su idioma principal? _____
Si el inglés no es su idioma principal, ¿puede leer y escribir en inglés con el dominio suficiente para entender y completar correctamente esta solicitud?
 Sí No
Si la respuesta es No, llame al 1-800-478-7778 y le brindaremos ayuda con este formulario y proporcionaremos un intérprete sin costo.

18. ¿Alguien de su grupo familiar ha recibido asistencia pública (Asistencia Temporal, dinero en efectivo, SNAP, Medicaid, Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas [FDPIR]) en Alaska o en cualquier otro estado? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿quién, cuándo y dónde? _____

19. Responda estas preguntas para saber si puede obtener SNAP en un plazo de siete días.

a. ¿Tiene más de \$100 en efectivo o dinero en el banco? Sí No

b. ¿Los ingresos brutos mensuales de su grupo familiar (antes de deducciones) son inferiores a \$150? Sí No

c. ¿Los gastos de alquiler, hipoteca o servicios públicos son superiores a sus ingresos brutos mensuales, al dinero en efectivo y al dinero que tiene en el banco? Sí No

Firme aquí: _____ Fecha: _____

PASO 2 Personas de su grupo familiar

Complete la información de cada persona de su grupo familiar.

Empiece por usted y luego agregue a todos los demás miembros de su grupo familiar, incluidas las personas que residen en el hogar a tiempo completo y a tiempo parcial. Si son más de cuatro personas, haga una copia de las páginas en blanco y adjúntela. Los familiares que no necesiten cobertura de salud ni asistencia pública no deben proporcionar información sobre su estado migratorio ni un número de Seguro Social.

20. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		21. ¿Qué relación tiene con usted? Usted		
22. Número de Seguro Social	23. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	23a. Estado civil	24. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
25. ¿Tiene previsto presentar una declaración de impuestos federal EL PRÓXIMO AÑO? Puede solicitar un seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Pase a la pregunta C.		
a. ¿Presentará una declaración conjunta con un cónyuge? Nombre del cónyuge: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
b. ¿Declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Mencione los nombres de los dependientes: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
c. ¿Lo declararán como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Mencione el nombre del declarante de impuestos: _____ ¿Qué relación tiene con el declarante de impuestos? _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
26. ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántos bebés espera en este embarazo? _____		Fecha de parto: _____		
27. ¿Necesita servicios de asistencia pública para usted? Aunque tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o menor costo.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Omite las preguntas de la 28 a la 37.		
28. ¿Tiene alguna afección de salud física, mental o emocional que lo limite (como bañarse, vestirse, realizar tareas) o vive en un centro médico o en una residencia para adultos mayores?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
29. ¿Es usted ciudadano estadounidense?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
30. Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estado migratorio elegible? Complete su tipo de documento y número de identificación a continuación.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
a. Tipo de documento migratorio: _____ Número de identificación del documento: _____				
b. ¿Ha vivido en los EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
c. ¿Es usted, su cónyuge o uno de sus padres un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
31. ¿Quiere obtener ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? ¿Qué meses? _____ <i>Si es miembro de una tribu y ha recibido atención en un centro médico de la tribu en los últimos tres meses, es posible que tenga gastos médicos que Medicaid podría cubrir de manera retroactiva.</i>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
32. ¿Tiene que pagar costos médicos debido a un accidente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
33. ¿Vive con un hijo menor de 19 años para quien usted es el cuidador principal?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
34. ¿Asiste a una institución de educación superior (estudios posteriores a la escuela secundaria)? ¿De tiempo completo o de tiempo parcial? _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
35. ¿Estuvo en acogida temporal a los 18 años o después?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
36. Si es hispano o latino, etnia (OPCIONAL: marque todas las opciones que correspondan).				
<input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano estadounidense <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____				
37. Raza (OPCIONAL: marque todas las opciones que correspondan).				
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Indoasiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro tipo de asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Otro _____				

La información sobre la raza y la etnia es voluntaria y no afectará a la posibilidad de recibir los beneficios ni a su cuantía. Esta información se usa para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan independientemente de su raza, color o nacionalidad. Para la Asistencia Alimentaria/SNAP, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) nos obliga a responder por usted si no se facilita ninguna información.

Persona 2 Personas de su grupo familiar

Responda las preguntas de la siguiente persona de su grupo familiar.

38. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

39. ¿Qué parentesco tiene con usted? _____

39a. ¿Esta persona es un miembro de tiempo completo o de tiempo parcial de su hogar? Tiempo completo Tiempo parcial

Si es de tiempo parcial, ¿qué porcentaje del tiempo esta persona reside con usted? _____ % (de 1 a 100)

40. Número de Seguro Social _____

41. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

41a. Estado civil _____

42. Sexo Masculino Femenino

43. ¿Tiene previsto presentar una declaración de impuestos federal EL PRÓXIMO AÑO? Puede solicitar un seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos.

Sí

No. Pase a la pregunta C.

a. ¿Presentará una declaración conjunta con un cónyuge? Sí No

Nombre del cónyuge: _____

b. ¿Declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

Mencione los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Lo declararán como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Mencione el nombre del declarante de impuestos: _____

¿Qué relación tiene con el declarante de impuestos? _____

44. ¿Está embarazada? Sí No ¿Cuántos bebés espera en este embarazo? _____ Fecha de parto: _____

45. ¿Necesita servicios de asistencia pública para usted? Aunque tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o menor costo.

Sí

No. Omita las preguntas de la 46 a la 55.

46. ¿Tiene alguna afección de salud física, mental o emocional que lo limite (como bañarse, vestirse, realizar tareas) o vive en un centro médico o en una residencia para adultos mayores? Sí No

47. ¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No

48. Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estado migratorio elegible? Sí No

Complete su tipo de documento y número de identificación a continuación.

a. Tipo de documento migratorio: _____ Número de identificación del documento: _____

b. ¿Ha vivido en los EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996? Sí No

c. ¿Es usted, su cónyuge o uno de sus padres un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo? Sí No

49. ¿Quiere obtener ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? ¿Qué meses? _____ Sí No

Si es miembro de una tribu y ha recibido atención en un centro médico de la tribu en los últimos tres meses, es posible que tenga gastos médicos que Medicaid podría cubrir de manera retroactiva.

50. ¿Tiene que pagar costos médicos debido a un accidente? Sí No

51. ¿Vive con un hijo menor de 19 años para quien usted es el cuidador principal? Sí No

52. ¿Asiste a una institución de educación superior (estudios posteriores a la escuela secundaria)? Sí No

¿De tiempo completo o de tiempo parcial? _____

53. ¿Estuvo en acogida temporal a los 18 años o después? Sí No

54. **Si es hispano o latino, etnia (OPCIONAL: marque todas las opciones que correspondan).**

Mexicano Mexicano estadounidense Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

55. **Raza (OPCIONAL: marque todas las opciones que correspondan).**

Blanco Indígena estadounidense Filipino Vietnamita Guameño o chamorro
 Negro o afroamericano Indoasiático Japonés Otro tipo de asiático Samoano
 Nativo de Alaska Chino Coreano Nativo de Hawái Nativo de otras islas del Pacífico
 Otro _____

La información sobre la raza y la etnia es voluntaria y no afectará a la posibilidad de recibir los beneficios ni a su cuantía. Esta información se usa para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan independientemente de su raza, color o nacionalidad. Para la Asistencia Alimentaria/SNAP, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) nos obliga a responder por usted si no se facilita ninguna información.

Persona 3 Personas de su grupo familiar

Responda las preguntas de la siguiente persona de su grupo familiar.

56. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

57. ¿Qué parentesco tiene con usted? _____

57a. ¿Esta persona es un miembro de tiempo completo o de tiempo parcial de su hogar? Tiempo completo Tiempo parcial

Si es de tiempo parcial, ¿qué porcentaje del tiempo esta persona reside con usted? _____ % (de 1 a 100)

58. Número de Seguro Social _____

59. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

59a. Estado civil _____

60. Sexo Masculino Femenino

61. ¿Tiene previsto presentar una declaración de impuestos federal EL PRÓXIMO AÑO? Puede solicitar un seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos.

Sí

No. Pase a la pregunta C.

a. ¿Presentará una declaración conjunta con un cónyuge? _____

Sí No

Nombre del cónyuge: _____

b. ¿Declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? _____

Sí No

Mencione los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Lo declararán como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? _____

Sí No

Mencione el nombre del declarante de impuestos: _____

¿Qué relación tiene con el declarante de impuestos? _____

62. ¿Está embarazada? Sí No ¿Cuántos bebés espera en este embarazo? _____ Fecha de parto: _____

63. ¿Necesita servicios de asistencia pública para usted? Aunque tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o menor costo.

Sí

No. Omita las preguntas de la 64 a la 73.

64. ¿Tiene alguna afección de salud física, mental o emocional que lo limite (como bañarse, vestirse, realizar tareas) o vive en un centro médico o en una residencia para adultos mayores? _____

Sí No

65. ¿Es usted ciudadano estadounidense? _____

Sí No

66. Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estado migratorio elegible? _____

Sí No

Complete su tipo de documento y número de identificación a continuación.

a. Tipo de documento migratorio: _____ Número de identificación del documento: _____

b. ¿Ha vivido en los EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996? _____

Sí No

c. ¿Es usted, su cónyuge o uno de sus padres un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo? _____

Sí No

67. ¿Quiere obtener ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? ¿Qué meses? _____

Sí No

Si es miembro de una tribu y ha recibido atención en un centro médico de la tribu en los últimos tres meses, es posible que tenga gastos médicos que Medicaid podría cubrir de manera retroactiva.

68. ¿Tiene que pagar costos médicos debido a un accidente? _____

Sí No

69. ¿Vive con un hijo menor de 19 años para quien usted es el cuidador principal? _____

Sí No

70. ¿Asiste a una institución de educación superior (estudios posteriores a la escuela secundaria)? Sí No

¿De tiempo completo o de tiempo parcial? _____

71. ¿Estuvo en acogida temporal a los 18 años o después? _____

Sí No

72. Si es hispano o latino, etnia (OPCIONAL: marque todas las opciones que correspondan).

Mexicano Mexicano estadounidense Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

73. Raza (OPCIONAL: marque todas las opciones que correspondan).

Blanco Indígena estadounidense Filipino Vietnamita Guameño o chamorro
 Negro o afroamericano Indoasiático Japonés Otro tipo de asiático Samoano
 Nativo de Alaska Chino Coreano Nativo de Hawái Nativo de otras islas del Pacífico
 Otro _____

La información sobre la raza y la etnia es voluntaria y no afectará a la posibilidad de recibir los beneficios ni a su cuantía. Esta información se usa para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan independientemente de su raza, color o nacionalidad. Para la Asistencia Alimentaria/SNAP, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) nos obliga a responder por usted si no se facilita ninguna información.

Persona 4 Personas de su grupo familiar

Responda las preguntas de la siguiente persona de su grupo familiar.

74. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

75. ¿Qué parentesco tiene con usted? _____

75a. ¿Esta persona es un miembro de tiempo completo o de tiempo parcial de su hogar? Tiempo completo Tiempo parcial

Si es de tiempo parcial, ¿qué porcentaje del tiempo esta persona reside con usted? _____ % (de 1 a 100)

76. Número de Seguro Social _____

77. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

77a. Estado civil _____

78. Sexo Masculino Femenino

79. ¿Tiene previsto presentar una declaración de impuestos federal EL PRÓXIMO AÑO? Puede solicitar un seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos.

Sí

No. Pase a la pregunta C.

a. ¿Presentará una declaración conjunta con un cónyuge? Sí No

Nombre del cónyuge: _____

b. ¿Declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

Mencione los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Lo declararán como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Mencione el nombre del declarante de impuestos: _____

¿Qué relación tiene con el declarante de impuestos? _____

80. ¿Está embarazada? Sí No ¿Cuántos bebés espera en este embarazo? _____ Fecha de parto: _____

81. ¿Necesita servicios de asistencia pública para usted? Aunque tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o menor costo.

Sí

No. Omita las preguntas de la 82 a la 91.

82. ¿Tiene alguna afección de salud física, mental o emocional que lo limite (como bañarse, vestirse, realizar tareas) o vive en un centro médico o en una residencia para adultos mayores? Sí No

83. ¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No

84. Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estado migratorio elegible? Sí No

Complete su tipo de documento y número de identificación a continuación.

a. Tipo de documento migratorio: _____ Número de identificación del documento: _____

b. ¿Ha vivido en los EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996? Sí No

c. ¿Es usted, su cónyuge o uno de sus padres un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo? Sí No

85. ¿Quiere obtener ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? ¿Qué meses? _____ Sí No

Si es miembro de una tribu y ha recibido atención en un centro médico de la tribu en los últimos tres meses, es posible que tenga gastos médicos que Medicaid podría cubrir de manera retroactiva.

86. ¿Tiene que pagar costos médicos debido a un accidente? Sí No

87. ¿Vive con un hijo menor de 19 años para quien usted es el cuidador principal? Sí No

88. ¿Asiste a una institución de educación superior (estudios posteriores a la escuela secundaria)? Sí No

¿De tiempo completo o de tiempo parcial? _____

89. ¿Estuvo en acogida temporal a los 18 años o después? Sí No

90. **Si es hispano o latino, etnia (OPCIONAL: marque todas las opciones que correspondan).**

Mexicano Mexicano estadounidense Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

91. **Raza (OPCIONAL: marque todas las opciones que correspondan).**

Blanco Indígena estadounidense Filipino Vietnamita Guameño o chamorro
 Negro o afroamericano Indoasiático Japonés Otro tipo de asiático Samoano
 Nativo de Alaska Chino Coreano Nativo de Hawái Nativo de otras islas del Pacífico
 Otro _____

La información sobre la raza y la etnia es voluntaria y no afectará a la posibilidad de recibir los beneficios ni a su cuantía. Esta información se usa para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan independientemente de su raza, color o nacionalidad. Para la Asistencia Alimentaria/SNAP, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) nos obliga a responder por usted si no se facilita ninguna información.

PASO 3 Ingresos de su grupo familiar

Si necesita más espacio, adjunte otra hoja con toda la información que se solicita a continuación. Cuéntenos sobre sus ingresos.

TRABAJO 1

92. Nombre (nombre, segundo nombre y apellido)	a. Nombre del empleador:
b. Dirección del empleador:	
c. Número de teléfono del empleador:	d. Nombre del supervisor:
e. Salarios o propinas (antes de impuestos):	f. Horas promedio por SEMANA
g. Con qué frecuencia recibe el pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otra	

TRABAJO 2

93. Nombre (nombre, segundo nombre y apellido)	a. Nombre del empleador:
b. Dirección del empleador:	
c. Número de teléfono del empleador:	d. Nombre del supervisor:
e. Salarios o propinas (antes de impuestos):	f. Horas promedio por SEMANA
g. Con qué frecuencia recibe el pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otra	

TRABAJO 3

94. Nombre (nombre, segundo nombre y apellido)	a. Nombre del empleador:
b. Dirección del empleador:	
c. Número de teléfono del empleador:	d. Nombre del supervisor:
e. Salarios o propinas (antes de impuestos):	f. Horas promedio por SEMANA
g. Con qué frecuencia recibe el pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otra	

TRABAJO 4

95. Nombre (nombre, segundo nombre y apellido)	a. Nombre del empleador:
b. Dirección del empleador:	
c. Número de teléfono del empleador:	d. Nombre del supervisor:
e. Salarios o propinas (antes de impuestos):	f. Horas promedio por SEMANA
g. Con qué frecuencia recibe el pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otra	

Responda las siguientes preguntas sobre los ingresos.

96. En el caso de los miembros del grupo familiar que trabajan por cuenta propia, responda las siguientes preguntas (si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja).

a. Incluya el dinero de todos los trabajos por cuenta propia que haya recibido este mes o que recibirá el próximo mes. Marque todas las casillas que correspondan.

<input type="checkbox"/> Hostal o habitaciones de alquiler	<input type="checkbox"/> Artesanías o tallado	<input type="checkbox"/> Trabajos ocasionales	<input type="checkbox"/> Conducción de taxi
<input type="checkbox"/> Carpintería	<input type="checkbox"/> Pesca comercial	<input type="checkbox"/> Persona que hace reparaciones	<input type="checkbox"/> Caza
<input type="checkbox"/> Cuidado infantil o servicio de niñera	<input type="checkbox"/> Administración de propiedad en alquiler	<input type="checkbox"/> Ventas	<input type="checkbox"/> Otro

Para todos los artículos marcados en la parte a, complete las siguientes casillas:

Miembro del grupo familiar que tiene trabajo por cuenta propia	Tipo de negocio	Por temporada, todo el año	Ingresos del negocio este mes	Ingresos del negocio el próximo mes	Gastos del negocio este mes	Gastos del negocio el próximo mes
Ejemplo: Juan Pérez	Pesca	Por temporada	\$900	\$900	\$100	\$100

97. En los últimos 2 meses, alguna persona del grupo familiar: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas

Ninguna de estas opciones

Nombre(s): _____

98. OTROS INGRESOS: Marque todas las opciones que correspondan y proporcione el nombre de la persona, el monto recibido y la frecuencia con que lo recibe.

NOTA: Para las solicitudes de seguro de salud únicamente, no es necesario que nos informe sobre la manutención infantil, el pago de veteranos ni la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Pensión alimentaria	<input type="checkbox"/> Alquiler neto o regalías	<input type="checkbox"/> Pesca con red o agricultura
<input type="checkbox"/> Manutención infantil	<input type="checkbox"/> Beneficios de pensión y jubilación	<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social
<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario	<input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes laborales
<input type="checkbox"/> Moneda virtual o criptomoneda	<input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos	<input type="checkbox"/> Otro _____

Para todos los artículos marcados anteriormente, complete las siguientes casillas:

¿Quién recibe el pago?	Tipo de pago	Monto este mes	Monto esperado el próximo mes	¿Con qué frecuencia?
Ejemplo: Juan Pérez	Desempleo	\$400	\$400	Cada 2 semanas

99. DEDUCCIONES: Marque todas las opciones que correspondan y proporcione el nombre de la persona, el monto recibido y la frecuencia con que lo recibe.

Si un miembro del grupo familiar paga ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, informárnoslas podría disminuir un poco el costo del seguro de salud.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en sus respuestas con respecto al empleo por cuenta propia neto (pregunta 29).

<input type="checkbox"/> Pensión alimentaria	Nombre(s) _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses del préstamo estudiantil	Nombre(s) _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Otras deducciones	Nombre(s) _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

Tipo: _____

100. INGRESOS ANUALES: complete esta sección únicamente si los ingresos que mencionó cambian de un mes a otro.

Nombre de la(s) persona(s) _____ Ingresos totales este año \$ _____ El próximo año (si son distintos) \$ _____

Nombre de la(s) persona(s) _____ Ingresos totales este año \$ _____ El próximo año (si son distintos) \$ _____

101. ¿Alguna de las personas que solicitan el seguro de salud o los servicios de asistencia pública espera algún cambio en alguno de sus ingresos o empleo (no se proporcionan nuevos ingresos ni empleos)? Sí No

Si la respuesta es Sí, explique: _____

PASO 4 Familiares nativos de Alaska o indígenas estadounidenses (AN/AI)

102. ¿Es usted o algún familiar nativo de Alaska o indígena estadounidense?

No, vaya al Paso 5. Sí, complete el Apéndice B.

PASO 5 La cobertura de salud de su familia

Responda estas preguntas para cualquier persona que necesite cobertura de salud.

103. ¿Está alguien inscrito en una de las siguientes coberturas de salud?: Sí No

Marque el tipo de cobertura y escriba los nombres de las personas junto a la cobertura que tienen.

Medicaid _____ Seguro del empleador: _____

Medicare _____ Nombre del seguro de salud: _____

TRICARE (no marque esta opción si tiene atención directa o se encuentra en cumplimiento del deber) _____

Número de póliza: _____

¿Es esta la cobertura COBRA? Sí No

¿Es este un plan de salud para jubilados? Sí No RIN: _____

Otro: Nombre del asegurado: _____ Cuerpo de Paz _____

Número de póliza: _____ Atención médica de VA

Nombre del seguro de salud: _____

¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza en caso de accidentes escolares)? Sí No

104. ¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud tiene cobertura de salud obtenida de su trabajo? Marque la opción Sí aunque la cobertura se obtenga del trabajo de otra persona, por ejemplo, de uno de los padres o del cónyuge.

Sí. Complete e incluya el Apéndice A.

No.

PASO 6

Omita el PASO 7 si únicamente solicita los beneficios de Medicaid de ingresos brutos ajustados modificados (MAGI). Debe completar el PASO 7 si solicita un programa por discapacidad relacionado con Medicaid o con cualquier otro programa de Asistencia Pública.

PASO 7 Activos, gastos, recursos y otros

Si necesita más espacio, adjunte otra hoja con toda la información que se solicita a continuación.

105. ¿Alguna de las personas que solicitan el seguro de salud u otros servicios de asistencia pública tiene alguna propiedad, como una casa, un terreno, un apartamento, una casa rodante, un dúplex, un condominio, un cámper o una cabaña? Sí No

Si la respuesta es Sí, complete la siguiente información. Incluya cualquier propiedad que esté pagada, siga pagando o posea junto con otra persona.

¿Quién es el dueño de la propiedad?	Tipo de propiedad que posee	Valor estimado	Monto adeudado
Ejemplo: Juan Pérez	Condominio	\$75,000	\$70,000

106. ¿Tiene usted, o alguien que vive con usted, algún vehículo como un automóvil, una camioneta, una motocicleta, un bote, una moto de nieve, una moto acuática, una aeronave, un vehículo recreativo (RV) o un vehículo todoterreno (ATV)? Sí No

Complete la siguiente información. Incluya cualquier vehículo que esté pagado, siga pagando o posea junto con otra persona. También incluya los vehículos que no funcionan o que no esté usando.

¿Quién es el dueño del vehículo?	Tipo, modelo y año del vehículo	¿Para qué se usa el vehículo?	Valor estimado	Monto todavía adeudado
Ejemplo: Juan Pérez	Ford Escort de 1987	Trabajo	\$800	\$200

107. ¿Tiene usted, o alguien que viva con usted, alguno de los siguientes elementos? Sí No

Marque las casillas que correspondan. Incluya los elementos que son propiedad de otra persona y las cuentas sin dinero en ellas en este momento.

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anualidades | <input type="checkbox"/> Plan de ahorro universitario | <input type="checkbox"/> Cuenta ABLE o de fideicomiso | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro |
| <input type="checkbox"/> Acuerdo de póliza de entierro | <input type="checkbox"/> Cuentas de cooperativa de crédito | <input type="checkbox"/> Acciones de empresa nativa | <input type="checkbox"/> Acciones y bonos |
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo a mano | <input type="checkbox"/> Permiso para pesca comercial | <input type="checkbox"/> Plan de pensión | <input type="checkbox"/> Moneda virtual o criptomoneda |
| <input type="checkbox"/> Certificado de depósito | <input type="checkbox"/> Cuenta IRA | <input type="checkbox"/> Fondos de jubilación | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cuenta corriente | <input type="checkbox"/> Póliza de seguro de vida | <input type="checkbox"/> Caja de seguridad | _____ |

108. Para todos los elementos marcados anteriormente, complete las siguientes casillas:

¿Quién es el propietario?	Tipo de elemento	¿Dónde se encuentra?	Número de cuenta	Valor total o saldo
Ejemplo: Juana Pérez	Cuenta corriente	Frontier Bank	452231	\$300

109. ¿Vendió, regaló o transfirió usted o alguien de su grupo familiar alguna propiedad, vehículo u otros recursos en los últimos cinco años? Sí, complete la siguiente información. No

¿Quién era el propietario?	Vehículo, propiedad o recurso	¿Se vendió, regaló o transfirió?	¿Cuándo?	Valor estimado
Ejemplo: Juan Pérez	Camioneta	Se regaló	Mayo de 2005	\$4,000

Gastos

110. ¿Cuáles son sus gastos de alojamiento? Marque las casillas que correspondan y complete el monto que debe pagar.

No ingrese los montos pagados por la asistencia para vivienda, por ejemplo, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), la Asociación Estadounidense de Residencias para Adultos Mayores (ASHA), Alaska Housing Finance Corporation (AHFC) ni la Sección 8 de la Ley de Vivienda.

Alquiler \$ _____ por mes Alquiler de lotes o espacios para casas rodantes \$ _____ por mes
 Hipoteca \$ _____ por mes

111. ¿Qué gastos de alojamiento se facturan por separado del alquiler o de la hipoteca?

Seguro para vivienda o inquilinos \$ _____ por _____ Impuestos sobre propiedad \$ _____ por _____
 Cargos de condominio o de asociación \$ _____ por _____ Otro (p. ej., depósitos) \$ _____ por _____

112. Marque las casillas junto a las facturas de servicios públicos que su familia debe pagar mensualmente:

Calefacción (por ejemplo, gas, electricidad, propano, madera, etc.) \$ _____ Alcantarillado \$ _____ Teléfono \$ _____
 Agua \$ _____ Electricidad \$ _____ Basura \$ _____ Otro \$ _____

113. ¿Su familia recibe el programa LIHEAP o espera recibir LIHEAP? Sí No

114. ¿Alguna persona trabaja o recibe ayuda con los alimentos, el alojamiento, los servicios públicos u otros gastos que no se paguen en efectivo? Sí No

Explique: _____

115. ¿Alguna persona o agencia le brinda ayuda para pagar la totalidad o parte de los gastos de alojamiento (como asistencia para vivienda o calefacción)? Sí No

¿Quién paga? _____ ¿Qué gastos? _____ ¿Monto pagado? _____

116. ¿Alguien de su grupo familiar tiene gastos de cuidado infantil, de adultos mayores o de cuidado de adultos con discapacidad? Sí No

¿Quién es responsable de pagar? _____ ¿Para quién es? _____ Monto mensual \$ _____

117. ¿Alguien de su grupo familiar paga manutención infantil? Sí No

¿Quién paga? _____ Monto mensual \$ _____

118. ¿Alguien de su grupo familiar tiene discapacidad o es mayor de 60 años y tiene gastos médicos? Sí No

¿Quién tiene el gasto? _____ Monto mensual \$ _____

No informar ni verificar alguno de los gastos mencionados arriba se considerará como una declaración por parte de su grupo familiar de que no desea recibir una deducción por los gastos no declarados.

Condenas por delitos graves

119. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido una condena por hacer una declaración falsa sobre su lugar de vivienda para recibir asistencia de dos o más estados al mismo tiempo? Sí No

120. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido una condena por posesión, uso o distribución de una sustancia controlada después del 22 de agosto de 1996? Sí No

120a. ¿Está esa persona cumpliendo satisfactoriamente o ha completado correctamente un período de libertad condicional o de libertad bajo palabra? Sí No

120b. ¿Está esa persona en proceso de cumplir o ha completado correctamente la participación obligatoria en un programa de tratamiento por consumo de drogas o de alcohol? Sí No

120c. ¿Ha tomado esa persona medidas para la rehabilitación, incluida la participación en un programa de tratamiento por consumo de drogas o de alcohol? Sí No

120d. ¿Cumple esa persona correctamente con los requisitos de su plan de reinserción? Sí No

121. ¿Usted o alguien de su grupo familiar huye de un enjuiciamiento, custodia o confinamiento por un delito grave o por un delito menor de clase A de cualquier estado, o violan actualmente las condiciones de la libertad condicional o de la libertad bajo palabra? Sí No

122. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido una condena por intercambiar beneficios del SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

123. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido una condena por comprar o vender beneficios del SNAP superiores a \$500 después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

124. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha sido condenado por recibir fraudulentamente beneficios del SNAP por duplicado en algún estado después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

125. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido una condena por intercambiar beneficios del SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

126. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido una condena por abuso sexual agravado, asesinato, explotación y abuso sexual de menores o agresión sexual a partir del 7 de febrero de 2014? Sí No

126a. ¿Están cumpliendo o han completado correctamente un período de libertad condicional o de libertad bajo palabra? Sí No

126b. ¿Cumple esa persona correctamente con los requisitos de su plan de reinserción? Sí No

PASO 8 Divulgación de información

Su firma en esta solicitud autoriza al Mercado Facilitado por el Gobierno Federal, al Departamento de Salud, a sus agentes y al Departamento Legal a pedir información sobre su salud, situación económica y antecedentes personales y familiares. Esta información se puede usar para determinar su elegibilidad para programas de asistencia pública y, si se inicia una investigación por fraude, en investigaciones administrativas y penales para determinar su elegibilidad para recibir beneficios. Su información no se divulgará por ningún otro motivo ni a ninguna otra persona o agencia fuera del Mercado Facilitado por el Gobierno Federal, el Departamento de Salud o sus representantes, salvo que la ley lo exija. La divulgación de información entrará en vigencia mientras usted sea solicitante o beneficiario de asistencia pública, y para cualquier investigación posterior acerca de su elegibilidad y recepción de beneficios.

Revisaremos sus respuestas con la información de nuestras bases de datos electrónicas y de las bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos, y una agencia de información al consumidor. Si la información no coincide, es posible que le pidamos que nos envíe un comprobante. Además, podemos comunicarnos con otras personas u organizaciones incluidas, entre otras, las siguientes: Alaska Housing Finance Corporation, el Departamento de Pesca y Juegos, el Departamento de Trabajo, el Departamento Legal, el Departamento de Asuntos Militares y de Veteranos, el Departamento de Seguridad Pública, el Departamento de Hacienda, el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos, empleadores, instituciones financieras, arrendadores, gobiernos locales, corporaciones regionales, personas físicas, contratistas y cesionarios del programa de asistencia pública, autoridades escolares, la Administración del Seguro Social, empresas de corretaje y asesores en impuestos. Necesitamos esta información a fin de comprobar su elegibilidad para recibir servicios de asistencia pública y para comprobar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud si elige solicitarla. Además, el Departamento de Salud puede usar la información obtenida a partir de esta divulgación en los procedimientos administrativos contra usted y el Departamento Legal puede usar dicha información en los procedimientos penales contra usted.

Para las personas que recibirán atención médica autorizada por el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal:

A fin de facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud en los próximos años, acepto que el Mercado utilice los datos sobre ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios y podré cancelar mi participación en cualquier momento.

Sí, renuevo mi elegibilidad automáticamente por los próximos: 5 años (máx. permitido) 4 años 3 años 2 años 1 año
 No usar la información de la declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

Si alguna persona mencionada en esta solicitud es elegible para Medicaid:

- Doy a la agencia estatal de Medicaid los derechos para que procure y obtenga dinero de otro seguro de salud, acuerdos legales o de otros terceros. Además, doy a la agencia de Medicaid los derechos para que procure y obtenga ayuda médica de un cónyuge o de cualquiera de los padres.
- Sé que debo informar al Mercado de Seguros Médicos o a la oficina de Asistencia Pública por teléfono, en persona o por escrito si algo cambia y si algo es diferente de lo que escribí en esta solicitud. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi familia.
- Sé que en virtud de las leyes federales no se permite la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puede presentar una queja por discriminación en el sitio web www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Si la respuesta es Sí, sé que se me pedirá que colabore con la agencia que cobra la ayuda médica y asistencia temporal de uno de los padres ausentes. Si creo que cooperar para cobrar la ayuda médica me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo informármelo a la División de Asistencia Pública y es posible que no tenga que cooperar. **Consulte el Apéndice D.**

¿El padre o la madre de alguno de los niños que figuran en esta solicitud vive fuera de casa? **Sí** **No**
Acepto cooperar con los requisitos de manutención infantil. **Sí** **No**

Confirmando que ninguna de las personas que solicitan el seguro de salud que figuran en esta solicitud está encarcelada (arrestada o en prisión).

Si esto es incorrecto, ¿quién está encarcelado? _____

La persona que completó la página 7 (el solicitante) debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre que el solicitante haya completado la información requerida en el Apéndice C.

Firme esta solicitud: _____
Firma **Fecha (mes/día/año)**

Nombre en letra de imprenta: _____

Firme esta solicitud: _____
Firma **Fecha (mes/día/año)**

Nombre en letra de imprenta: _____

PASO 9 Confirmación de comprensión y declaración de veracidad

Aceptaciones

- Entiendo que debo ser residente actual de Alaska a fin de calificar para recibir los beneficios de Asistencia Pública administrados por la División de Asistencia Pública de Alaska. Además, entiendo que, si mi situación de residencia cambia, debo informar el cambio a la División de Asistencia Pública de Alaska en un plazo de 10 días. También entiendo que, si salgo del estado durante 30 días o más, debo notificar mi ausencia a la División de Asistencia Pública de Alaska, independientemente de si me considero residente de Alaska o tengo la intención de volver a Alaska o no.
- Entiendo que la elegibilidad para Asistencia Pública se determina en parte por los ingresos que mi grupo familiar tiene a su disposición. Con ese fin, entiendo que en esta solicitud debo divulgar todos los ingresos recibidos por mí y por los miembros de mi grupo familiar, incluidos, entre otros, los ingresos de las siguientes fuentes: empleo (incluido el empleo por cuenta propia), pensión alimentaria, manutención infantil, desempleo, alquiler neto o regalías, pensión y jubilación, Seguridad de Ingreso Suplementario, beneficios de veteranos y beneficios del Seguro Social.
- Entiendo que la elegibilidad para Asistencia Pública se determina en parte por los activos que mi grupo familiar tiene a su disposición. Con ese fin, entiendo que en esta solicitud debo divulgar todos los activos que poseo o que poseen los miembros de mi grupo familiar, incluidos, entre otros, los siguientes tipos de activos: propiedades (independientemente de si las propiedades están pagadas, se sigan pagando o las posea junto con otra persona), todas las cuentas bancarias (incluidas cuentas corriente y de ahorro), dinero en efectivo a mano, certificados de depósito, planes de ahorro universitario, pólizas de seguro de vida, planes de pensión, fondos de jubilación, acciones, bonos y anualidades, acciones de empresa nativa, fondos en fideicomiso, contenido de cajas de seguridad, derechos de explotación minera, cuentas IRA, permisos para pesca comercial y acuerdos de póliza de entierro.

He leído o me han leído la sección "Derechos y obligaciones" de la solicitud y entiendo mis derechos y obligaciones, incluidas las sanciones por fraude, como se describe en esta solicitud.

He leído o me han leído la sección "Aceptaciones" de la solicitud y comprendo cada una de ellas.

Bajo delito de perjurio, certifico que toda la información incluida en esta solicitud, incluida la ciudadanía estadounidense o el estado migratorio legal de todas las personas que solicitan los beneficios, es fiel y correcta a mi leal saber y entender.

Solicitante adulto: _____
Firma _____ Fecha (mes/día/año) _____

Otro solicitante adulto: _____
Firma _____ Fecha (mes/día/año) _____

Testigo, si firma con una "X": _____
Firma _____ Fecha (mes/día/año) _____

Representante autorizado, si corresponde: _____
Firma _____ Fecha (mes/día/año) _____

SNAP Caza y pesca de subsistencia

OPCIONAL

¿Vive su grupo familiar en una comunidad rural en la que el acceso a tiendas minoristas es difícil y tiene la intención de depender de la caza o de la pesca de subsistencia para obtener una parte sustancial de sus alimentos? Si es así, puede utilizar los beneficios del SNAP para comprar artículos de caza y pesca de subsistencia, como redes, líneas, anzuelos, cañas de pescar y cuchillos.

¿Quiere usar el SNAP para comprar artículos de caza y pesca de subsistencia? Sí No

Acepto no usar los artículos comprados con fines comerciales. Sí No

Solicitante adulto: _____
Firma _____ Fecha (mes/día/año) _____

¿Por qué debe completar este formulario?

Para determinar su elegibilidad para recibir asistencia, es posible que tengamos que comunicarnos con personas u organizaciones que puedan responder preguntas sobre su situación. Al completar este formulario, nos permite comunicarnos con las personas y organizaciones que usted proporcione.

¿Qué preguntas hacemos?

Solemos hacer preguntas sobre dónde vive, quién vive con usted y los ingresos y recursos de su grupo familiar. Es posible que también le pidamos información sobre uno de los padres del niño que no vive en el hogar.

¿Qué información les proporcionamos?

Cuando nos comunicamos con estas personas u organizaciones, les decimos nuestro nombre y cargo. También les comentamos que trabajamos en la División de Asistencia Pública. No les damos ninguna información sobre usted ni sobre sus servicios de asistencia pública.

Información sobre dos personas que lo conocen bien a usted:

Nombre y parentesco con usted	Dirección de correo postal	Teléfono para llamar de día

Información sobre su arrendador:

Nombre y parentesco con usted	Dirección de correo postal	Teléfono para llamar de día

APÉNDICE A: Cobertura de salud proveniente de trabajos

NO debe responder estas preguntas, a menos que alguna persona de su grupo familiar sea elegible para recibir cobertura de salud proveniente de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Coméntenos acerca del trabajo que ofrece la cobertura.

Use la Herramienta de cobertura del empleador que figura en la página siguiente para el empleador que ofrece la cobertura como una ayuda para responder estas preguntas. Solo debe incluir esta página cuando envíe su solicitud, no la Herramienta de cobertura del empleador.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social del empleado _____ - _____ - _____
---	--

Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN) _____ - _____	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador) - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿Con quién nos podemos comunicar para obtener información sobre la cobertura de salud para empleados de este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior) () - _____	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continuar)

13a. Si está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo se podrá inscribir en la cobertura? _____
Mencione los nombres de las otras personas elegibles para la cobertura proveniente de este trabajo. (mm/dd/aaaa).

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No

Coméntenos acerca del plan de salud que ofrece este empleador.

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo* ofrecido **solo al empleado** (no incluya los planes familiares):

Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

El empleador empezará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima del plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumple el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento de los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).

APÉNDICE A: Herramienta de cobertura del empleador

Use esta herramienta como ayuda para responder las preguntas del Apéndice A sobre la cobertura de salud de cualquier empleador para la que usted sea elegible (aunque sea del trabajo de otra persona, de uno de los padres o del cónyuge). La información de las siguientes casillas numeradas coincide con la de las casillas del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 de esta página debe coincidir con la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y el número de Seguro Social en las casillas 1 y 2 y pídale al empleador que complete el resto del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrece cobertura de salud.



Información del EMPLEADO

El **empleado** debe completar esta sección.

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social del empleado _____-_____-_____
---	--



Información del EMPLEADOR

Pídale esta información al **empleador**.

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN) _____-_____-_____	
5. Dirección del empleador (el Mercado le enviará avisos a esta dirección)	6. Número de teléfono del empleador () - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿Con quién nos podemos comunicar para obtener información sobre la cobertura de salud para empleados de este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior) () - _____	12. Dirección de correo electrónico	

13. **¿Actualmente el empleado es elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o el empleado será elegible en los próximos 3 meses?**

Sí (Continuar)
13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible el empleado para la cobertura? _____ (mm/dd/aaaa) (Continuar)

No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado).

Coméntenos acerca del **plan de salud** que ofrece este **empleador**.

¿El empleador ofrece un plan de salud que le da cobertura al cónyuge o a un dependiente de un empleado?

- Sí. ¿Qué personas? Cónyuge Dependientes
- No
(Vaya a la pregunta 14)

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo*?

Sí (Vaya a la pregunta 15) No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo* ofrecido **solo al empleado** (no incluya los planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

Si el año del plan finalizará pronto y usted sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

El empleador empezará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima del plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumple el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento de los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).

APÉNDICE B: Familiares indígenas estadounidenses o nativos de Alaska

Complete este apéndice si usted o un familiar son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska. Envíelo junto con su solicitud de servicios.

Coméntenos sobre sus familiares Indígenas estadounidenses o nativos de Alaska.

Los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska pueden obtener asistencia del Servicio de Salud para Miembros de Comunidades Indígenas, programas de salud para tribus o programas de salud urbana para indígenas. Además, es posible que no tengan que pagar costos compartidos y puedan conseguir períodos especiales de inscripción mensual. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia obtenga la máxima ayuda posible.

NOTA: Si tiene más personas por incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

	PERSONA 1 AI/AN		PERSONA 2 AI/AN	
1. Nombre (nombre, segundo nombre y apellido)	Nombre	Segundo nombre	Nombre	Segundo nombre
	Apellido		Apellido	
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Alguna vez esta persona recibió un servicio del Servicio de Salud para Miembros de Comunidades Indígenas, un programa de salud tribal o un programa de salud urbana para indígenas o a través de una derivación de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud para Miembros de Comunidades Indígenas, un programa de salud tribal o un programa de salud urbana para indígenas o a través de una derivación de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud para Miembros de Comunidades Indígenas, un programa de salud tribal o un programa de salud urbana para indígenas o a través de una derivación de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Es posible que cierto dinero no se pueda contabilizar para Medicaid. Enumere cualquier ingreso (monto y frecuencia) declarado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos por persona de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de usufructo, arrendamientos o regalías • Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de terrenos designados como terrenos de fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas) • Dinero proveniente de la venta de objetos que tienen importancia cultural 	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____		\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	

¿Desea que alguien lo represente en todos los asuntos relacionados con su solicitud y su caso?

Puede darle permiso a una persona u organización de confianza para que hable de su solicitud y su caso con nosotros, consulte su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con su caso de asistencia pública. Esta persona se llama “representante autorizado”. **Un representante autorizado puede hacer cambios en su caso de asistencia pública y tiene acceso a la información en el expediente de su caso. Usted será responsable de cualquier cambio que se haga en su caso por parte del representante autorizado designado, incluidos hasta posibles cargos por fraude.**

La División de Asistencia Pública puede divulgar cualquier información relacionada con su solicitud y caso al representante autorizado o a cualquier miembro de la organización indicada en este formulario. Más de una persona u organización puede actuar como su representante autorizado.

Usted puede designar, retirar o cambiar a un representante autorizado en cualquier momento. Si alguna vez necesita cambiar el representante autorizado, comuníquese con la División de Asistencia Pública. *Si usted es el representante legalmente designado de una persona mencionada en esta solicitud y proporciona un comprobante, no es necesario que complete esta sección.*

Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre y apellido) u organización		Número de teléfono
Dirección del representante autorizado	Número de departamento o de habitación	Correo electrónico
Ciudad	Estado	Código postal

- Nuevo
 Cambio
 Agregado
 Eliminar esta persona u organización como mi representante autorizado

O

Permiso para divulgar información

¿Hay alguien con quien quiere que compartamos información sobre su solicitud y su caso?

Al completar esta sección, puede dar permiso para que la siguiente persona u organización reciba información sobre su solicitud de Asistencia Pública y su estado de beneficios, pero no tendrá la capacidad de actuar en su nombre como un representante autorizado. Usted le da permiso a la División de Asistencia Pública para que divulgue información sobre el estado de su caso a esta persona u organización adicional. Puede cancelar esta divulgación en cualquier momento; para ello, deberá comunicarse con la División de Asistencia Pública.

Nombre de la persona (nombre, segundo nombre y apellido) u organización		Número de teléfono
Dirección	Número de departamento o de habitación	Correo electrónico
Ciudad	Estado	Código postal

Y

Firma del solicitante o del beneficiario	Fecha (mm/dd/aaaa)
Nombre del solicitante o del beneficiario en letra de imprenta	Número de Seguro Social o número de caso

Para que este formulario sea válido debe tener la firma del solicitante o del beneficiario.

APÉNDICE D: Información sobre manutención infantil

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA Y CON TINTA.

Complete un formulario para cada uno de los padres que no tiene la custodia. La información se usará para establecer o hacer cumplir la manutención infantil.

Su nombre: _____ Su SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Licencia de conducir: estado y n.º _____

Su relación con los niños: Padre Madre Otro (explique) _____

Nombre legal completo del padre o de la madre que no tiene la custodia: _____ y su SSN: _____

Nombre completo del niño	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, condado, estado)	SSN del niño	Nombre completo del padre o la madre ausente	¿El padre y la madre figuran en el certificado de nacimiento?
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Padres que no tienen custodia: Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

Ocupación habitual, empleador actual y ubicación del padre o de la madre que no tiene la custodia: _____

¿El padre o la madre que no tiene la custodia posee seguro médico para los hijos? Sí/No _____ ¿Es miembro de un sindicato? Sí/No _____

¿Es miembro de una tribu o de una empresa nativa? Sí/No _____ Tipo/Póliza: _____

Casado: _____ Fecha: _____ Lugar: _____

Casado y separado: _____ Fecha de separación: _____ Lugar: _____

Divorcio en trámite: _____ Fecha de presentación y en qué tribunal: _____

Divorciado: _____ Fecha de finalización: _____ Lugar: _____

No se casó: Si los padres no se casaron, ¿se ha establecido la paternidad por orden judicial o administrativa de cada uno de los hijos mencionados?
 Sí No Si la respuesta es No, explique: _____

¿Hay una orden de custodia respecto de los hijos? Sí No Si la respuesta es Sí, proporcione la siguiente información sobre la orden:
 Estado/país: _____ Tribunal/agencia: _____ Fecha: _____

¿Tiene una orden de manutención infantil? Sí No Si la respuesta es Sí, proporcione la siguiente información sobre la orden:
 Estado/país: _____ Tribunal/agencia: _____ Fecha: _____

COOPERACIÓN PARA LA MANUTENCIÓN INFANTIL Y ASIGNACIÓN DE MANUTENCIÓN

La ley le exige que ayude a conseguir la manutención infantil de un niño que recibe pagos de Asistencia Temporal (ATAP/TANF) o la ayuda médica de un niño que recibe asistencia médica (Medicaid). Eso significa que debe ayudar a localizar a uno a de los padres que no tiene la custodia o establecer la paternidad de un niño que no tiene padre legal. Debe ceder a la agencia estatal toda la manutención infantil o conyugal o la ayuda médica que se le adeuda por cualquier mes que reciba asistencia. Si el padre o la madre que no tiene la custodia le paga la manutención mientras usted recibe Asistencia Temporal, debe entregar los pagos a la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD). Debe hacerlo aunque no haya una orden de manutención vigente.

Si la CSSD le envía un pago por error, se comunicarán con usted para que reembolse ese dinero. Si desea reembolsar gradualmente los pagos futuros de manutención infantil, en lugar de hacerlo inmediatamente en un pago único, marque esta casilla.

SUMINISTRO DE INFORMACIÓN A LA CSSD - CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD

Si cree que cooperar con la CSSD para obtener la manutención infantil o la ayuda médica los perjudicará a usted o a sus hijos y puede respaldar su criterio, puede alegar motivo justificado para no cooperar. Es posible que un asistente social de la Asistencia Pública le pida que presente documentación para justificar su solicitud. El asistente social es quien decide si usted tiene un motivo justificado para no cooperar. La CSSD seguirá procurando la manutención infantil o la ayuda médica contra el padre que no tiene la custodia, aunque usted NO coopere, a menos que la División de Asistencia Pública apruebe el motivo justificado. Marque una de las casillas y firme a continuación.

- Acepto cooperar con la CSSD.
- Acepto cooperar con la CSSD pero deseo que se mantenga la confidencialidad de mi dirección.
- Creo que tengo motivo justificado para no cooperar con la CSSD.

Firma _____ Fecha _____

Registro de votantes

Puede registrarse para votar en Alaska si cumple las siguientes condiciones:

1. Es ciudadano de los Estados Unidos.
2. Es residente de Alaska.
3. Tiene al menos 18 años o los cumplirá en un plazo de 90 días a partir de completar la solicitud de registro.
4. No ha sido condenado por un delito que implique bajeza moral o, habiendo sido condenado por un delito que implique bajeza moral, ha sido dado de baja sin condiciones.
5. No está registrado en otro estado, a menos que cancele ese registro. (En la solicitud de registro de Alaska, hay un área para que pueda cancelar si es necesario).

Avisos importantes

1. Solicitar registrarse para votar o negarse a ello no afectará los servicios ni el monto de los beneficios que le proporcionará esta agencia.
2. Si desea ayuda para completar el formulario de registro de votantes, le brindaremos ayuda. Usted decide si desea pedir o aceptar ayuda. Podrá completar el formulario de registro a solas.
3. Si se niega a registrarse para votar, su decisión será confidencial. Si elige registrarse para votar, la oficina en la que presenta su solicitud de registro de votantes será confidencial y se usará solo con fines de registro de votantes.
4. Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad al momento de decidir si se registra para votar o de solicitar registrarse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el director de la División Electoral llamando al 907-465-4611, al número gratuito 866-952-8683 o puede enviar una carta a la siguiente persona e institución: Director, Division of Elections, PO Box 110017, Juneau, AK 99811-0017.

Si no está inscrito en su lugar de residencia actual, ¿desea solicitar hoy su registro para votar? (Marque una casilla)

- Sí. Quiero registrarme para votar. (Complete la solicitud de registro adjunta).**
- No. No quiero registrarme para votar.**

Nota: Si no marca ninguna de las casillas, se considerará que ha decidido NO registrarse para votar en este momento.

Nombre del solicitante

Fecha

Este formulario se conservará en esta agencia.

Las solicitudes de registro de votantes completas se enviarán por correo postal a la División Electoral.

Estado de Alaska - División Electoral

Solicitud para registro de votantes

A fin de registrarse para votar en Alaska debe ser ciudadano estadounidense, residente de Alaska y tener al menos 18 años o cumplirlos en un plazo de 90 días a partir de la presentación de esta solicitud.

El registro inicial o los cambios en el registro se deben hacer al menos 30 días antes de una elección. Una vez procesada la solicitud, se le enviará un aviso por correo en un plazo de 3 a 4 semanas.

1. Cuando complete esta solicitud usted **DEBE** proporcionar lo siguiente:

- **Dirección de residencia en Alaska donde declara residir:** en su solicitud, se debe incluir una dirección de residencia física completa en Alaska. La dirección de residencia que proporcione se usará para asignarle el registro de votante a una circunscripción y un distrito electoral. Su solicitud se denegará si no proporciona una dirección de residencia en Alaska o si proporciona un apartado de correo (PO Box), un n.º de HC y buzón, un buzón del Centro de Servicios Postales (PSC), un n.º de ruta rural, una dirección comercial, una dirección de entrega de correo o una dirección de residencia fuera de Alaska en el renglón 4 de la solicitud.

Si a su residencia se le ha asignado un nombre de calle y un número de casa, proporcione esta información o indique exactamente dónde vive, por ejemplo, nombre de la carretera y número de mojón, puerto de embarcación, número de muelle y de amarre, nombre de la subdivisión con lote y manzana o nombre del parque de remolques y número de sitio. Si vive en una zona rural de Alaska, puede proporcionar el nombre de la comunidad como su dirección de residencia.

Si tiene una dirección de correo diferente de la dirección de residencia, puede elegir que se mantenga la confidencialidad de su dirección de residencia. Las direcciones confidenciales no se divulgan al público en general, pero se pueden divulgar a las agencias gubernamentales o durante los procesos electorales según lo establecido en la legislación estatal.

Si se encuentra temporalmente fuera del estado y tiene la intención de regresar, puede mantener su residencia en Alaska tal como aparece en su registro actual. Si proporciona una nueva dirección de residencia, debe ser dentro de Alaska. Los militares en servicio activo y los cónyuges de militares están exentos del requisito de intención de regreso.

- **Comprobante de identidad:** se debe verificar su identidad. Si se le ha emitido un número de Seguro Social, una licencia de conducir de Alaska o un número de tarjeta de identificación del estado de Alaska, DEBE proporcionar al menos un número en el renglón 10 de la solicitud. Si no le han emitido uno de los números de identificación, indíquelo marcando la casilla del renglón 10.
- **Fecha de nacimiento:** DEBE proporcionar su fecha de nacimiento.

2. ¿Enviará esta solicitud por correo postal, fax o correo electrónico? De ser así, y si todavía no está registrado para votar en Alaska, su identidad se debe verificar en el momento de registrarse o la primera vez que vote. Si quiere asegurarse de que su identidad se verifique en el momento de registrarse, envíe una copia de lo siguiente:

- Identificación válida con foto actual
- Pasaporte
- Certificado de nacimiento
- Licencia de conducir
- Tarjeta de identificación estatal
- Licencia para cazar y pescar

3. ¿Ha sido condenado por un delito que implique bajeza moral? De ser así, puede registrarse para votar solo si se le ha otorgado la libertad incondicional. Proporcione una copia de su documentación de libertad junto con esta solicitud si está disponible.

4. Afiliación política. Escriba su afiliación política. Los partidos políticos reconocidos son partidos que han obtenido el estatus de partido político reconocido según las leyes de Alaska. Las agrupaciones políticas son partidos que han solicitado el estatus de partido político reconocido pero no cumplen con los requisitos. Las afiliaciones políticas de Alaska son las siguientes:

Partidos políticos reconocidos:

- Partido Demócrata de Alaska
- Partido Republicano de Alaska
- Partido de la Independencia de Alaska

Agrupaciones políticas:

- Partido Constitucionalista de Alaska
- Partido Libertario de Alaska
- Partido de Alianza de Alaska
- Partido FreedomReform (Partido Reformista por la Libertad)
- Partido Moderado de Alaska
- Partido Verde de Alaska
- Partido OWL
- Partido de Patriotas de Alaska
- Partido Progresista de Alaska
- Partido Clowns de UCES
- Partido de Veteranos de Alaska

Otro:

- Sin afiliación política (no afiliado a ningún partido político ni agrupación política)
- No declarado (no desea declarar una afiliación política)

Envíe por correo postal, fax o correo electrónico (como archivo adjunto en formato PDF, TIFF o JPEG) su solicitud completa a una de las siguientes oficinas:

Region I Elections Office

PO Box 110018
Juneau AK 99811-0018
(907) 465-3021 - Teléfono
(907) 465-2289 - Fax
Número gratuito 1-866-948-8683
electionsr1@alaska.gov

Region II Elections Office

Anchorage Office
2525 Gambell Street Suite 100
Anchorage AK 99503-2838
(907) 522-8683 - Teléfono
(907) 522-2341 - Fax
Número gratuito 1-866-958-8683
electionsr2a@alaska.gov

Region III Elections Office

675 7th Ave Suite H3
Fairbanks, AK 99701-4542
(907) 451-2835 - Teléfono
(907) 451-2832 - Fax
Número gratuito 1-866-959-8683
electionsr3@alaska.gov

Region IV Elections Office

PO Box 577
Nome, AK 99762-0577
(907) 443-5285 - Teléfono
(907) 443-2973 - Fax
Número gratuito 1-866-953-8683
electionsr4@alaska.gov

Matanuska-Susitna Office

North Fork Professional Building
1700 E. Bogard Road Suite B102
Wasilla AK 99654-6565
(907) 373-8952 - Teléfono
(907) 373-8953 - Fax
electionsr2m@alaska.gov

Asistencia en Idioma Nativo

Número gratuito 1-866-954-8683

Visite nuestro sitio web: www.elections.alaska.gov

Oficinas de Asistencia Pública

<p>ANCHORAGE University Center 4001 Ingra Street, Suite 131 Anchorage, AK 99503 Teléfono: 1-800-478-7778 Fax: (907) 269-6520 o 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>BETHEL 460 Ridgecrest Drive, Suite 121 Correo: P.O. Box 365 Bethel, AK 99559 Teléfono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>FAIRBANKS 675 7th Ave, Station E Fairbanks, AK 99701 Teléfono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>
<p>HOMER 3670 Lake Street, Suite 200 Homer, AK 99603 Teléfono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>JUNEAU 10002 Glacier Highway, Suite 201 Correo: P.O. Box 110642 Juneau, AK 99811-0642 Teléfono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>KENAI 11312 Kenai Spur Highway, Suite 2 Kenai, AK 99611 Teléfono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>
<p>KETCHIKAN 2030 Sea Level Drive, Suite 301 Correo: P.O. Box 5560 Ketchikan, AK 99901 Teléfono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>KODIAK 211 Mission Road, Suite 101 Kodiak, AK 99615 Teléfono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>ATENCIÓN A LARGO PLAZO University Center 4001 Ingra Street, Suite 131 Anchorage, AK 99503 Teléfono: 1-800-478-7778 Fax: (907) 269-6520 o 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>
<p>NOME 214 E. Front Street Nome, AK 99762 Correo: 675 7th Ave, Station E Fairbanks, AK 99701 Teléfono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>SITKA 304 Lake Street, Suite 101 Sitka, AK 99835 Teléfono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>WASILLA 855 W. Commercial Drive Wasilla, AK 99654 Teléfono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>

Si necesita un intérprete, llame al 1-800-478-7778 y le proporcionaremos este servicio sin costo. Si usted es sordo, tiene problemas auditivos o una discapacidad del habla, marque 711 para comunicarse con el asistente de retransmisión de comunicaciones de Alaska.