MISSISSIPPI
FORMA MDHS-EA-901
Revisada 07-01-01
Parte1
Pagina 1

MISSISSIPPI DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
APLICACION
PARA
ASISTENCIA TEMPORERA PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) Y MEDICAID
MEDICAID SOLAMENTE
CUPONES ALIMENTICIOS

FOR OFFICE USE ONLY
Date Given or Mailed _____
Date Received _____
County _____
❑ App ❑ Reapp ❑ Reeval
Case No. _____
Related Case No. and Name:

Nombre _____ Seguro Social _____ Dia de Nacimiento _____ Número de Teléfono _____
Residencia _____ Dirección Postal _____
_____ _____
Direcciones para su hogar _____
_____
Persona de Contacto _____ Teléfono _____ Parentesco _____

ASISTENCIA TEMPORERA PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) Y MEDICAID MEDICAID SOLAMENTE

Para empezar su aplicación, complete esta página. Estamos obligado a tomar acción en 30 dias desde el dia que usted nos dio la aplicación. Antes de determinar si cualifica para asistencia, usted tiene que venir a la oficina para una entrevista con su trabajador y completar su aplicación. Los beneficios de Medicaid pueden cubrir hasta 3 meses antes de su aplicación. Si no cualifica para Medicaid por exceso de ingresos sus ni˃os seran analizados para ver si cualifican para el Seguro Medico de ni˃os (CHIP II).

CUPONES ALIMENTICIOS

Usted puede hace una aplicación inmediamente siempre y cuando tenga su nombre, dirección y la firma del miembro responsable en su hogar ó de su representante autorizado en la primera página le esta aplicación. Los beneficios empiezan el dia en que recibimos su aplicación, siempre y cuando se determine que usted cualifique. Personas adultas que pueden trabajar y que estan entre los a˃os 18 a 50 y no tienen ni˃os depedientes, solo pueden recibir Cupones Alimenticios por tres (3) meses de los 36 meses a menos que tengan una excepción o cumplan con requistos de trabajo. Para determinar si usted cualifica, tiene que ser entrevistado. Tenemos que verificar la información que usted nos provee y tomar acción 30 dias desde el dia que su aplicación fue recibida, a menos que usted cualifique para recibirlos en 7 dias. Complete las pregunta en la parte derecha de esta aplicación para determinar si usted cualifica para servicios más rápidos.

NUMEROS DE SEGURO SOCIAL

Un número de Seguro Social debe darse ó aplicarse por cada persona por quien se aplica. Los números de Seguro Social serán verificados y usados para información Federal y Estatal, incluyendo, pero no limitado a, Seguro Social, IRS, Veteranos, Comisión de Seguridad de Empleo, verificación de ingresos/recursos y el Programa de descualificación.

Ha aplicado usted o algún miembro de su grupo familiar para cupones, TANF, ó Asistencia Médica anteriormente? ❑ Si ❑ No.
Si la respuesta es afirmativa. Cuándo? _____ **Donde?** _____
Esta aplicación / reevaluación es para: ❑ TANF ❑ Cupones Alimenticios ❑ Medicaid Solamente

_____ _____ _____
Fima del aplicante **Fecha** **Fima del testigo si es fimado con una marca**

****REGISTRO PARA VOTAR EN MISSISSIPPI****
Si usted no esta registrado donde usted vive, le gustaria aplicar para registrarse hoy? ❑ Si ❑ No

Firma _____ **Fecha** _____
Si no marca una de las casillas, entenderemos que usted ha decidido no registrarse en esta ocación.

Si esta aplicando para cupones de comida

SI ESTA APLICANDO PARA CUPONES ALIMENTICIOS

Usted puede recibir cupones en 7 dias si el ingreso de los miembros familiares es menos de $150.00 y los recursos de los miembros familiares, tales como dinero en efectivo, cuentas de cheques, ahorros es menos $100.00. Si el pagare de renta / hipoteca, gastos mensuales, tales como agua, luz etc son mas que los ingresos mensuales o de sus recursos, o si algun miembro familiar es trabajador migratorio o trabajador agricola temporero; y usted puende verificar su identidad.

1. Algun miembro familiar ha recibido ingresos este mes? (Dinero, cheques regalos de dinero etc.)? ❑ **Si** ❑ **No.**
   Si contesta afirmativo, cuanto $_____
2. Espera recibir ingresos este mes? ❑ **Si** ❑ **No.**
   Si contesta afirmativo, cuanto $_____
3. Cuánto dinero tiene los miembros de su familia en efectivo, cuenta de cheques, ahorros $ _____ clase de ingreso _____
4. Tiene que pagar renta o hipoteca mensualmente? ❑ **Si** ❑ **No.**
5. Son los pagares de renta / hipoteca o gastos de electricidad, agua etc. mas que sus ingresos mensuales o de sus recursos ❑ **Si** ❑ **No.**

   A. Diga si en su hogar hay que pagar calentador o aire acondicionado que no esta incluido en el pagare de casa.
   ❑ **Si** ❑ **No.**

   Diga la cantidad de sus gastos:
   Renta / hipoteca $_____
   Electricidad $_____
   Gas $_____
   Agua $_____
   Telefono $_____
   Otros gastos (madera, carbón etc.) $_____

6. Es el ingreso de su hogar de trabajo migratorio o trabajo agricola temporero? ❑ **Si** ❑ **No.**
   Han cesado todo sus ingresos económico? ❑ **Si** ❑ **No.**
   Si la contestación es afirmativa, Cuándo _____

FOR OFFICE USE ONLY
EXPEDITED SERVICE (FS): ❑ Yes ❑ No
IDENTITY VERIFIED: ❑ Yes ❑ No
CLIENT NOTIFIED FOR ISSUANCE: ❑ Yes ❑ No
METHOD: ❑ PHONE CALL ❑ AT INTERVIEW ❑ NOTICE

FOR OFFICE USE ONLY
VOTER REGISTRATION
The applicant or recipient has been provided a copy of the Voter Registration Application if he/she applied to register to vote; or he/she has signed the declination if he/she declined. ❑ Applied ❑ Declined