



Estado de Utah
Department of Workforce Services
**FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE
TANF PARA FAMILIAS NECESITADAS**

Número de caso o PID con DWS (si se aplica): _____

Sección 1: Información de las personas que viven con usted. Debe haber un menor dependiente bajo 18 años viviendo en el hogar. Una condición de elegibilidad para la asistencia es tener un número de Seguro Social lo cual se requiere en la sección 1137 del Acta de Seguro Social. Los servicios no se demorarán más o serán descontinuados mientras que se espera la entrega de un número de Seguro Social si el solicitante puede comprobar con documentos oficiales que ha solicitado un número. Se requiere un número de Seguro Social para todas las personas incluidas en el grupo familiar del Programa TANF para Familias Necesitadas. **Para tener más información, por favor vaya al sitio de los contratistas de TANF en:**

<http://jobs.utah.gov/services/tevs/tanfcontract.html>

Favor de usar un bolígrafo de tinta negra para llenar este formulario

*Nombre del padre/madre o pariente al cuidado (primer nombre, segundo nombre, apellido)		*Nº de Seguro Social
*Dirección		*¿Vive en Utah? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		*Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		Nº de residencia (A#) _____
		Fecha de ingreso al país _____
Nombre del cónyuge o del pariente al cuidado (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Nº de Seguro Social
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		¿Vive en Utah? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Fecha de ingreso al país		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		Nº de residencia (A#) _____
*Nombre de niño dependiente (primer nombre, segundo nombre, apellido)		*Nº de Seguro Social
*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Nº de residencia (A#) _____
		*Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre de niño dependiente (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Nº de Seguro Social
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Nº de residencia (A#) _____
		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre de niño dependiente (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Nº de Seguro Social
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Nº de residencia (A#) _____
		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre de niño dependiente (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Nº de Seguro Social
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Nº de residencia (A#) _____
		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Sección 2: Elegibilidad por Categorías. Marque todos los servicios que el cliente está recibiendo. Si cualquiera de estos servicios está marcado, la familia podría cumplir con los requisitos de elegibilidad por ingreso. Se requiere que entregue documentación para todos los servicios marcados. Si no marca ningún servicio, vaya a la Sección 3.

<input type="checkbox"/> CHIP (Programa de Seguro de Salud para Niños) Plan A, B o C <input type="checkbox"/> Cualquiera de los siguientes Programas de Medicaid para Familias: Child Medicaid (Medicaid para Niños), 12 Month Transitional Medicaid (Medicaid de Transición por 12 Meses), Medically Needy Family (Programa de Medicaid para los que tienen necesidades médicas), Medically Needy Child (Niños con Necesidades Médicas), Pregnant Woman (Embarazadas) o Medically Needy Pregnant Women (Embarazadas con Necesidades Médicas) <input type="checkbox"/> Asistencia Alimenticia	<input type="checkbox"/> Asistencia Financiera para Refugiados <input type="checkbox"/> Programa Familiar de Empleos (FEP) <input type="checkbox"/> Pago Financiero por Adelantado para el Programa Familiar de Empleos (FEP Diversion en inglés) <input type="checkbox"/> TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) Entrenamiento no-FEP <input type="checkbox"/> Mujeres, Infantes y Niños (WIC) Servicios de Alimentos y Nutrición
---	--

Sección 3: Guía de Ingresos Se deben incluir todos los ingresos de los padres o pariente al cuidado aun cuando éstos no sean elegibles para ser contados en el tamaño de la familia.

*¿Reúne la familia los requisitos de ingresos del contrato o servicio que se está ofreciendo? Sí No
 Refiérase al Reglamento para Familias Necesitadas de TANF y Tabla 13 - Guía de Ingresos:
https://jobs.utah.gov/infosource/EmploymentBusinessManual/700_Eligibility/726_Income_Guidelines_TANF_Needy_Family_-_Contracted_Services.htm
 Ingreso Total Mensual del/de los Padre(s) o Pariente(s) al Cuidado: \$ _____
 (Refiérase a las Reglas en la dirección de Internet mencionada arriba. Sección 720-5, Fuentes de Ingresos que se Incluyen y que se Excluyen.)
 *Nota: Use los ingresos totales (ingresos brutos) del mes anterior completo y provea documentación de estos ingresos en el caso.

Yo atestigo que la información que he entregado arriba es correcta.

 *Firma del solicitante

 *Fecha

Yo atestigo que la información entregada por el cliente es correcta según mi fiel conocimiento.

 *Firma del contratista

 *Fecha

Nota: Si cualquiera de la información requerida está incompleta o incorrecta, el cliente no califica para los fondos de TANF para las Familias Necesitadas.

Si no está de acuerdo con las decisiones que se hagan en su caso, usted puede pedir un Audiencia Imparcial con un oficial Imparcial de Audiencias en forma verbal o por escrito, o al ponerse en contacto con su proveedor de servicios de contrato, o al contactarse con DWS (Department of Workforce Services) al 1-877-837-3247 o por Internet en <https://jobs.utah.gov/appeals/pa/filingpublic.html>

El contratista ingresará la información del cliente que se requiere en el Sistema de Verificación de Elegibilidad de TANF (TEVS) por lo menos semanalmente, usando el Formulario 300. Se puede acceder al sitio de Internet de TEVS en <http://jobs.utah.gov/jsp/tevs/>

La información del Formulario 300 - SP ha sido ingresada en TEVS para todos los clientes que tienen números de Seguro.

Programa/Empleador No Discriminatorio

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al 801-526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y/o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO 300-SP FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE TANF PARA FAMILIAS NECESITADAS

Propósito: El Formulario 300-SP debe ser completado por todos los contratistas que determinan elegibilidad para los servicios que proveen a las Familias con Necesidades TANF. Se deben incluir en el archivo documentos que substancien la elegibilidad para cada miembro de la familia que se incluye en el grupo familiar de TANF. Adjunte un Formulario 300-SP adicional si tiene más de cuatro niños dependientes.

Preparación: Los contratos deben establecer en forma clara otros factores y documentos de elegibilidad que se requieran para que la familia reciba el servicio.

El Número de Caso o de Identificación Personal (PID) podría no aplicarse a las familias que no están recibiendo servicios de DWS.

Sección 1: Las familias deben tener por lo menos un ciudadano de los EE.UU. o extranjero en el grupo familiar que califique para TANF para Familias Necesitadas para poder calificar para los fondos de TANF. Una unidad familiar incluye niños dependientes que califiquen bajo la edad de 18 que están viviendo en el hogar. Se deben incluir los documentos correspondientes para demostrar ciudadanía o estado migratorio y parentesco para todos los padres o parientes al cuidado de los niños y de sus niños dependientes que se incluyan en el grupo familiar de TANF para Familias con necesidades en el Formulario 300 -SP dentro del archivo del caso. Refiérase a la Tabla 9 que muestra los documentos que se aceptan.

Sólo ponga la información de los miembros del grupo familiar que califiquen en el Formulario 300-SP.

La familia debe declarar que ellos son o que tienen la intención de ser residentes de Utah.

Avance a la Sección 3 si el cliente no recibe actualmente ninguno de los servicios que se listan en la Sección 2.

Sección 2: Marque todos los servicios que el cliente está recibiendo. Algunas de las verificaciones que se aceptan son cartas o notificaciones que muestren estado actual de elegibilidad. Todos los servicios que marque deben tener documentación que muestren que se están recibiendo esos servicios, incluidos en el archivo del caso.

Sección 3: Complete la Sección 3 si el cliente no está recibiendo ninguno de los servicios listados en la Sección 2, con el Ingreso Bruto Mensual del mes anterior completo. Todos los ingresos se cuentan.

Los comprobantes que se aceptan son una declaración del empleador, copias de los talones de cheques de pago, u otros documentos que muestren los ingresos del mes anterior completo. Refiérase a la Tabla 13 que muestra las Guías de Ingresos.

El contratista ingresará la información que se requiere para las Familias Necesitadas de TANF en TEVS. Un empleado de DWS sacará la información de TEVS y completará la consulta de eShare que se requiere para el grupo familiar. Se le avisará al contratista si se necesita información adicional del cliente o cuando un miembro del grupo familiar ya no califica para el servicio para las Familias Necesitadas de TANF. Refiérase al procedimiento, FAMILIAS NECESITADAS DE TANF – Cómo Usar el Sistema de Verificación de Elegibilidad de TANF (TEVS) para el Servicio Contratado.

El contratista marcará la casilla en la parte inferior del Formulario 300 cuando haya ingresado la información requerida para las Familias Necesitadas de TANF, en TEVS.

Firma del Solicitante: El cliente debe firmar para indicar que la información entregada es correcta.

Firmas: El contratista que esté determinando la elegibilidad debe firmar y ponerle fecha al formulario.

Distribución: El original se queda en el archivo del caso

Retención: Tres (3) años