DWS-OSD 61B-SP
Rev. 12/2008

Estado de Utah
Departamento de Workforce Services
REVISIÓN/ RE-CERTIFICACIÓN

POR FAVOR, ESCRIBA CON UN BOLIGRAFO NEGRO PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

PID # _____

¡SU PERIODO DE CERTIFICACIÓN EXPIRARÁ PRÓXIMAMENTE! Su elegibilidad tiene que ser re-determinada. El no completar y entregar este formulario resultará en demoras, reducciones o la cancelación de su asistencia _____. Llene este formulario y entréguelo a la oficina del Departamento de Workforce Services más cercana a usted antes del día _____ del mes de _____. Usted puede llamar al número _____ si necesita ayuda con el llenado de este formulario.

Por favor, proporcione su nombre y dirección a continuación.

Nombre:_____ Regrese este formulario a:_____

Dirección Física _____

Dirección de Correo:_____

Numero Telefónico: _____

Si usted necesita ayuda con este formulario de re-certificación, **avísenos y un representante de DWS le ayudará. Usted tiene el derecho de entregar este formulario hoy solamente al anotar su nombre, dirección, y firmar al dorso de este formulario.**

COMPLETE SU RECERTIFICACIÓN A TIEMPO
Si usted recibe Asistencia Financiera, Alimenticia, Médica, o para el Cuidado Infantil y no completa su re-certificación, su caso será cancelado al final del mes en revisión. Es posible que una entrevista en persona sea requerida. El completar su re-certificación incluye proveer todas las verificaciones solicitadas por su trabajador(a). Se le indicará cuáles verificaciones le serán requeridas.

CAUSA JUSTIFICADA PARA ENTREGAR UN FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN TARDE
Si usted cuenta con una causa justa por la que no completó su re-certificación a tiempo, por favor comuníquese con su trabajador(a) al Departamento de Workforce Services. Su trabajador(a) le informará si será permitido completar su re-certificación tarde o no. Si no es permitido completar su re-certificación tarde, su caso será cancelado si no entregue el formulario.

SIGA ESTOS PASOS BÁSICOS

1. Entregue este formulario junto con todas las verificaciones solicitadas a su oficina local. Si usted solamente recibe Asistencia Alimenticia no tiene que contestar las preguntas marcadas con un asterisco (*). Es posible que su trabajador(a) solicite verificaciones adicionales después de analizar su caso. Siempre tiene que proporcionar verificación de sus ingresos.

2. Es posible que una entrevista en persona sea requerida. Si usted cuenta con una persona autorizada para representarle, es posible que esta persona complete la entrevista por usted. Si usted necesita la ayuda de un intérprete, por favor infórmenos y nosotros haremos los arreglos necesarios para ayudarle.

3. Le sugerimos que lleve o envié este formulario a su oficina local. Si es necesario tener una cita, su trabajador(a) le programará una entrevista. Si no le fue posible asistir a dicha cita, es su responsabilidad programar otra en el futuro. Utilice el sobre adjunto si usted decide enviar su formulario de re-certificación por correo.

4. Si usted recibe Asistencia Alimenticia, y todos en su casa reciben SSI, usted puede entregar su formulario de re-certificación a su oficina local del Seguro Social y tener una entrevista allá.

INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO DE ELECTOR

- **Si usted no se ha registrado como elector en donde vive, ¿le gustaría registrarse el día de hoy?**..... ☐ Sí ☐ No
  Si marca Sí, usted recibirá un formulario para el registro del elector.
- El registrarse como elector no afectará la cantidad de asistencia que usted pueda recibir.
- Si desea recibir ayuda para llenar el formulario del registro de elector, nosotros podemos ayudarle. La decisión de solicitar y aceptar ayuda es de usted. Usted puede llenar el formulario del registro de elector en privado.
- Si usted cree que alguien ha intervenido en su derecho de registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad en el proceso de decidir si debe registrarse, o su derecho de escoger su partido político u otra preferencia política, usted puede levantar una queja con el Lt. Governor of the State of Utah, 203 State Capitol Building, SLC, UT 84114.

D0960901426

Favor de listar todas las personas que reciben **Asistencia con usted**, y liste usted primero.

Nombre (Primer Nombre y Apellido Paterno)	Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento y Edad	Ciudadano de los Estados Unidos Sí o No	Parentesco	Estudiante Sí o No	Origen *Vea abajo	Raza **Vea abajo	Sexo	Estado Civil
				Yo Mismo(a)					

*Origen
H – Hispano o Latino
N – No Hispano o Latino

**Raza
AI – Indio Americano o Nativo de Alaska
AS – Asiático
BL – Negro o Afro Americano
PI – Nativo de Hawai u Otra Isla Pacífica
WH – Blanco

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?_____

*1. ¿Está embarazada alguien en su casa? (Se requerirá verificación médica del embarazo)..... ☐ Sí ☐ No

Nombre	Fecha aproximada del nacimiento

2. ¿Está interesado(a) en recibir información sobre adopciones?..... ☐ Sí ☐ No

3. ¿Comparte usted sus alimentos con todos los que viven en su hogar? (Mencione abajo con quien no los comparte)..☐ Sí ☐ No

Nombre

4. ¿Vive alguien en su hogar en alguna de estas instituciones?..... ☐ Sí ☐ No
☐ Hospital ☐ Albergue ☐ Centro de Rehabilitación y por uso de drogas ☐ Escuela de Internados
☐ Casa Hogar ☐ Hogar para Ancianos y Minusválidos ☐ Cárcel..... Si marca sí, ¿en libertad condicional para trabajar?

Nombre	Nombre de la Institución	Fecha de Admisión	Fecha de Salida

5. ¿Hay alguna persona de 16 años o mayor, que no pueda trabajar por causa de problemas físicos o mentales? . ☐ Sí ☐ No

Nombre	Fecha desde que no puede trabajar	Fecha cuando podrá volver a trabajar
Problemas Médicos (Se requerirá verificación médica)		

6. ¿Tiene usted un representante autorizado?..... ☐ Sí ☐ No
Si usted desea tener a una persona adulta como su representante para ayudarle con su Asistencia Alimenticia, Tarjeta Médica y Cheques, infórmenos anotando el nombre, dirección y número de teléfono de esta persona a continuación. Esta persona será designada como su **Representante Autorizado**.

Nombre		Teléfono	Parentesco
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

7. ¿Alguien en su casa ha vendido, intercambiado o regalado algo en los últimos **3** meses?..... ☐ Sí ☐ No
Si marca sí, favor de explicar:_____

8. A. ¿Es usted un delincuente fugitivo?..... ☐ Sí ☐ No
B. ¿Está usted en violación de su libertad condicional o probación de libertad?..... ☐ Sí ☐ No

9. ¿Cuenta alguien en su casa (incluyendo a los niños) con alguno de los siguientes recursos económicos?..... Sí No

¿TIENE ALGUIEN EN SU CASA SU NOMBRE EN CUENTAS QUE PERTENECEN A OTRAS PERSONAS? .. Sí No

Cuenta de Ahorros (**SV**)
Cuenta Credit Union (**CU**)
Certificados a largo plazo (**TC**)
IRA/ KEOGH/ 401K (**IR**)
Cuenta de Cheques (**PC**)
Certificados de Mercado de Valores (**MM**)
Acciones/ Bonos (**ST**)
Cuenta de Necesidades Personales (**PN**)
Fondos Fiduciarios (**TF/ TM/ TR**)
Dinero en Efectivo (**CA**)
Otros _____

Nombre de Institución Financiera	Número de Cuenta	Man-comunada Sí/ No	Tipo de Cuenta	Dueño/ Dueños	Cantidad	(Uso DWS) Ver.	FIAC

10. ¿Alguien en su casa es dueño de, o está comprando, alguno de los siguientes tipos de vehículos, o tiene su nombre en un vehículo que pertenece a otra persona?..... Sí No

Automóvil (**CA**)
Camioneta/Vagoneta (**TK**)
Moto de nieve (**SM**)
Casa Móvil (**MH**)
Motocicleta (**MC**)
Bote/Motor (**BT**)
Otro vehículo (**OV**)
ATV, etc. (**AT**)

Tipo de Vehículo	Marca	Año y Modelo	Con Placas Sí/ No	Estado y Número de Placas	Dueño/ Dueños	Uso	Valor Actual	Cantidad Adeudada	(Uso DWS) Ver.	VEHI

11. ¿Alguien en su casa es dueño de, o está comprando, alguno de los siguientes tipos de propiedades?
INCLUYA PROPIEDADES MANCOMUNADAS CON OTRAS PERSONAS QUE NO VIVEN CON USTED..... Sí No

Casa donde vive (Exenta) (**HO**)
Otras Casas
Condominios de Tiempo Compartido (**TS**)
Propiedades de Renta
Tierra/ Recursos Minerales (**MR**)
Contratos de Petróleo o Gas
Remolque/Cámper (**CP**/**TR**)
Notas o Contratos (**NC**/**NO**)
Antenas de Satélite (**SD**)
Ganado/ Caballos (**LC**/**LX**)
Herramientas/Equipo/Inventario (**TE**)
Otro _____
Póliza de Seguro de Vida (**LF**/**LI**)
Plan Funeral/ Contratos de Entierro (**FP**)
Plan de Entierro/Lote Funerario (**BS**/**BC**)
Propiedades/Arrendamientos Vitalicios (**LE**)

Tipo de Propiedad	Dueño/ Dueños	Mancomunadas Sí/ No	Valor de Mercado	Valor en Efectivo	(Uso DWS) Ver.	OTAS

12. ¿Alguien en su casa ha solicitado, o está recibiendo, ayuda financiera educativa?..... Sí No

Becas Educativas (**BI/OF/ON**)
Otros préstamos o subsidios educativos (**OD/OE/OF/ON**)
SEOG (**SE**)
NDSL (**ND**)
Subsidio Educativo para Veteranos de Guerra (**VE**)
PELL/ BEOG (**PE**)
SSIG (**ST**)
Otros (de familiares, trabajo, iglesias, empresa, etc.)

Nombre de Escuela:_____ Cantidad de Asistencia:_____ Periodo de Tiempo:_____ Gastos Educativos:_____ (Inscripción, libros, cuotas) Fecha de Graduación:_____ Trace un círculo: Tiempo Completo, Medio Tiempo, o Menos de Medio Tiempo	Nombre de Escuela:_____ Cantidad de Asistencia:_____ Periodo de Tiempo:_____ Gastos Educativos:_____ (inscripción, libros, cuotas) Fecha de Graduación:_____ Trace un círculo: Tiempo Completo, Medio Tiempo, o Menos de Medio Tiempo	**UNIE**

13. ¿Alguien en su casa ha solicitado, o está recibiendo, alguno de los siguientes tipos de INGRESOS NO SALARIALES? ..... Sí No

Seguro Social (**SS**)
Asistencia Eclesiástica (**CC/ IK**)
Seguro Social Suplemental (**SI**)
Soporte Financiero Infantil (**CS**)
Pensión por Divorcio/Separación (**AL**)
Otro: _____
Seguro por Desempleo (**UC**)
Pensión por Jubilación Ferroviaria (**RR**)
Compensación Laboral (**WC**)
Subsidio para Veteranos de Guerra (**VA**)
Pagos de Cantidad Global (**LS**)
Anualidad de Servicios Cívicos (**CS**)
Herencias, Suma por Resoluciones (**IS**)
Regalos en Efectivo (**CC**)
Pensiones (**CV/ RT**)

¿Se retiene alguna deducción de unos de estos ingresos? (Impuestos de soporte financiero infantil, seguro médico, sobrepagos, etc.) ..... Sí No
Explique:_____

Nombre	Tipo de Ingreso no Salarial/ Número de Caso	¿Negado Sí o No?	Cantidad	Fre-cuencia	Fecha de Solicitud/ Recibido	Fecha de Inicio de Asistencia	UNIN
			$	Por:			
			$	Por:			
			$	Por:			

14. ¿Alguien en su casa ha cambiado de empleo o ha dejado de trabajar en los últimos 4 meses?..... Sí No
Para personas que reciben Asistencia Alimenticia, ¿Ha cambiado de empleo alguien en su casa, o ha dejado de trabajar en los últimos 30 días?..... Sí No

Nombre	Nombre De La Empresa y Número Telefónico	Fecha Que Dejó Empleo	VOQS
Fecha Del Último Cheque Recibido:	Motivo Porqué Dejó Empleo:	Fecha Cuando Volverá a Trabajar	¿Es Despido Temporal?

15. A. Información de Empleo – SE LE PEDIRÁ VERIFICACIÓN DE SUS INGRESOS.

Nombre:			Nombre:		
¿Es empleo temporal?	Si marca sí, ¿Cuanto durará?	¿Cuánto gana por hora?	¿Es empleo temporal?	Si marca sí, ¿Cuánto durará?	¿Cuánto gana por hora?
¿Cada cuándo le pagan? (Trace un círculo): 2 veces al mes, Cada 2 semanas, Mensualmente, Semanalmente, Diario, Por hora, Otro:			¿Cada cuándo le pagan? (Trace un círculo): 2 veces al mes, Cada 2 semanas, Mensualmente, Semanalmente, Diario, Por hora, Otro:		
Nombre del Patrón o Empresa (Sería Contactado). Dirección y Número de teléfono:			Nombre del Patrón o Empresa (Sería Contactado). Dirección y Número de teléfono:		
Fecha de Comienzo	Promedio de horas trabajadas por semana	Día del mes/semana de pago	Fecha de Comienzo	Promedio de horas trabajadas por semana	Día del mes/ semana de pago

Fecha de Pago Día/Mes/Año	Horas Trabajadas	Salario Bruto	Propinas	Total (Mejor Cálculo)	Fecha de Pago Día/Mes/Año	Horas Trabajadas	Salario Bruto	Propinas	Total (Mejor Cálculo)

B. ¿Se retiene alguna deducción de este ingreso? (impuestos de soporte financiero infantil, seguro médico, sobrepagos, etc.) ..... ☐ Sí ☐ No

Si marca sí, explique (Se le pedirá verificación):_____

16. ¿Hay alguien en su casa que trabaja POR SU PROPIA CUENTA?..... ☐ SÍ ☐ No

Si marca sí, ¿Cuál es su Ingreso Anual? $_____ Gastos Anuales: $_____

(Se le pedirá que verifique sus ingresos y gastos, o usted puede escoger 40% por los gastos.)

17. ¿Paga usted por cuidado de dependientes a fin de poder ir a trabajar, buscar empleo, u obtener capacitación? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Dependiente	Gasto Mensual (Proporcione Recibos)	¿Quién Paga?	Nombre del Proveedor/Parentesco

Si usted no declara sus gastos arriba y no los verifica, esto será una declaración por parte de su hogar que usted no quiere recibir una deducción por estos gastos no declarados.

18. ¿Anticipa usted algún CAMBIO en sus circunstancias?..... ☐ Sí ☐ No

Si marca sí, marque más abajo los que se apliquen a usted y explique:_____

_____

☐ Salario/Ganancias ☐ Cuidado de Dependientes ☐ Ingresos ☐ Número de horas trabajadas
☐ Recursos ☐ Gastos ☐ Situación de Vivienda ☐ Otro _____

19. ¿Está usted legalmente obligado a pagar soporte financiero infantil a alguien que no vive en su casa?..... ☐ Sí ☐ No

Si marca sí, ¿Qué cantidad? (Se le pedirá verificación de pago) $_____

*20. Si recibe Asistencia Médica, marque los siguientes gastos que sean pagados por alguien en su casa.

☐ Herramientas ☐ Uniformes, Ropa Especial (**EE**) ☐ Cuotas Obligatorias de Sindicatos (**UD**)
☐ Jubilación (**MR**) ☐ Otro

*21. Insurance Information

Marque la caja apropiada	Información de Seguro:
☐ Sí ☐ No	¿Tiene actualmente alguien en su hogar seguro médico (se incluye asistencia del Sistema de Cuidado Médico para Veteranos)? o: -¿Tiene alguien seguro médico disponible el cual no ha obtenido? -¿Ha tenido alguien seguro médico que terminó en los últimos 6 meses? Si marca sí, favor de llenar la próxima sección. *(No incluya Medicaid, Medicare, CHIP, o PCN.)*
☐ Tiene seguro médico ☐ No tiene seguro médico pero es disponible ☐ Terminado Fecha de termino	Nombre de la compañía de Seguros: _____ # de Teléfono: _____ Dirección de la compañía de Seguros: _____ # de Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ # de Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: Numero de Seguro Social del asegurado: _____ Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono: _____ Costo: $ _____ Fecha de pago: _____ ¿Cada cuando paga su cuota? _____
	Nombre de los individuos incluidos (Si no están en la tarjeta de seguro):
☐ Tiene seguro médico ☐ No tiene seguro médico pero es disponible ☐ Terminado Fecha de termino	Nombre de la compañía de Seguros: _____ # de Teléfono: _____ Dirección de la compañía de Seguros: _____ # de Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ # de Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____ Numero de Seguro Social del asegurado: _____ Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono: _____ Costo: $ _____ Fecha de pago: _____ ¿Cada cuando paga su cuota? _____
	Nombre de los individuos incluidos (Si no están en la tarjeta de seguro):

Información sobre gran necesidad médica:

¿Tiene alguien en su hogar una gran necesidad médica?* ☐Sí ☐No Si marca si, ¿Quién?_____
* Estar embarazada es una gran necesidad médica

Indique el tipo de incidente	**Accidente, Asalto, u Otra Obligación**: Si alguien en su hogar ha sido herido en un accidente, asalto, o alguna otra persona que esté obligada a pagar gastos médicos, complete esta sección.
☐automovilístico ☐mordida de perro	Nombre de la persona: _____ ¿Quién es responsable? _____
☐asalto ☐caída	Fecha del incidente: _____ _____
☐de trabajo ☐otro*	Departamento de policía: _____ # de reporte de la policía: _____
☐tratamiento erróneo	Nombre del abogado: _____ # de teléfono: _____
	*Explique otro:

*22. ¿Ha pagado cuentas médicas en los últimos 3 meses, o tiene una cuenta médica que no ha pagado? Tales como: (Se le pedirá verificación)

- ☐ Gastos Médicos o Dentales
- ☐ Transporte para algo medical
- ☐ Dentaduras, Aparatos Auditivos, Anteojos
- ☐ Otros (explique)
- ☐ Hospitalización, o Servicios de Enfermerías
- ☐ Prima de Medicare/ Seguro Médico
- ☐ Medicinas (requeridas por un doctor)

23. ¿Existe alguna persona u organización que le dé dinero para cubrir estos gastos médicos? ..... ☐ Sí ☐ No

Nombre de la Persona/ Organización	Cantidad	Tipo de Gastos
	$	
	$	

*24. Si usted recibe o está solicitando Asistencia Médica, ¿Hay alguien en su casa que sea cónyuge o padre de una persona incapacitada y esté pagando pensión por divorcio o separación, o soporte financiero infantil a alguien? **(Si marca sí, debe proveer recibos**)..... ☐ Sí ☐ No

*25. Si usted recibe o está solicitando Asistencia Médica, ¿Hay niños de padres incapacitados, o hermanos de una persona incapacitada en su casa?..... ☐ Sí ☐ No
Si marca sí, ¿Reciben ingresos las personas sin incapacidades?..... ☐ Sí ☐ No
(**Favor de declarar y verificar este ingreso en las preguntas #15, #16**).

26. Por favor, marque con una "X" los gastos que usted paga. Éstos son los gastos por los que usted es responsable.

Gastos	Cantidad Actual	Cantidad Atrasada	¿Cuándo recibe las cuentas?	¿Quién es responsable por el pago?	¿Quién paga la cuenta?	(Uso DWS) Ver.	SHEX
☐ Renta							
☐ Hipoteca							
☐ Segunda Hipoteca							
☐ Pago por Lote de Casa Móvil							
☐ Pago por Uso de Albergue							
☐ Impuesto de Propiedades (Si **NO** viene incluido en su hipoteca). ☐ Seguro de Casa (Si **NO** viene incluido en su hipoteca).							

Si usted no declara arriba y verifica cualquier de los gastos listados, esto será una declaración por parte de su hogar que usted no quiere recibir una deducción por estos gastos no declarados.

27. ¿Es su renta subsidiada por el gobierno?... ☐ Sí ☐ No. Si marca sí ¿Qué cantidad paga USTED? $_____
Nombre de la Agencia _____ Teléfono _____ Cantidad que paga la agencia $_____

28. Si usted está solicitando o completando su re-certificación para recibir Asistencia Alimenticia, ¿Son separados sus gastos para calentar o enfriar su casa de su renta o hipoteca?..... ☐ Sí ☐ No
A. ¿Cómo calienta su casa? (Gas, electricidad, etc.)
B. ¿Cómo enfría su casa?
C. ¿Recibió asistencia de HEAT/ LIHEAP en su residencia actual el año pasado?..... ☐ Sí ☐ No

29.

¿Quién necesita Cuidado Infantil?	¿Por qué necesita Cuidado Infantil? (Marque todos los que se apliquen a su familia.)					**For worker to complete**: Is there an approved activity for Childcare assistance? ☐ Yes ☐ No
	Empleo: Tiempo Completo	Empleo: Tiempo Parcial	Trabaja por cuenta propia	Educación/ Entrenamiento	Otro ¿Qué?	

30. ¿Tiene usted un balance positivo con su Proveedor de Cuidado Infantil?..... ☐ Sí ☐ No
Si marca sí, ¿Cuánto es? $_____

Firma Del Cliente: Fecha:	Authorized Food Stamp Representative (Print)		
Firma Del Cónyuge Del Cliente, o Testigo: Fecha: (La firma del cónyuge no es necesaria para Asistencia Alimenticia)	☐ Approved ☐ Closure	Code:	
	FF. ☐ Yes ☐ No	Effective Date:	
Si el cliente NO puede escribir o firmar su nombre, la marca de (X) se podrá utilizar en lugar de la firma. Será necesario utilizar un testigo para verificar la marca de X; Utilice la sección de cónyuge para el testigo.	Signature of Worker:	Date:	