

Solicitud de Asistencia Médica para Refugiados (RMA)

Esta solicitud se utiliza para obtener información para determinar la elegibilidad para Asistencia Médica para Refugiados.

El término "refugiado" se refiere a todos los grupos de personas con estatus de inmigración que son elegibles para ayuda económica RCA (Vea Capítulo I, Sección III para definiciones y más información). El término general "refugiado" para el programa de Asistencia para Refugiados (RAP) incluye estatus migratorio para los siguientes: **los refugiados** admitidos bajo la INA § 207; **Asilados**, concedida asilo bajo INA § 208; **Cubanos y Haitianos participantes**, como se define bajo las regulaciones federales (45 CFR § 401.2); Ciertos **Amerasiáticos víctimas de la trata de personas** que tienen carta de certificación de ORR; y **personas con Visa (SIV) de inmigrante especial** de Irak y Afganistán.

¿Desea solicitar asistencia en efectivo (cash) para refugiados? SI NO
(En caso afirmativo, por favor complete un formulario de solicitud de asistencia en efectivo (cash) para refugiados).

¿Los refugiados solicitantes necesitan ayuda a completar la solicitud o ayuda durante el proceso de entrevista? SI NO
(En caso afirmativo, por favor complete el formulario DSS-10001, contrato de servicios de idioma.)

PROYECCIÓN DEL PROGRAMA (LAS RESPUESTAS DEBEN SER SÍ PARA SER POTENCIALMENTE ELEGIBLE).

SI No ¿El estatus de inmigración del solicitante refugiado cumple con la definición del identificado anteriormente?

Nombre del Solicitante Primario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Dirección postal (si es diferente de la anterior): _____

Agencia Local de Afiliación (si corresponde): _____

LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS DEBEN INCLUIRSE CON ESTA SOLICITUD (SI ES APLICABLE).

- Formulario DSS-6247 (aviso de intención de solicitar beneficios) proporcionado por la oficina local de DSS. Sólo aplicable si el solicitante de refugiados está trabajando con una Agencia Local Afiliada.
- DSS-10001 (Acuerdo de Servicios de Lenguaje) forma proporcionada por el DSS local y firmada por el solicitante.
- Formulario DSS-6236 (consentimiento para divulgar información) proporcionada por el DSS local y firmada por el solicitante. Solo es aplicable si el refugiado está trabajando con una agencia local afiliada y el solicitante está autorizando a la agencia local el hacer la solicitud de RCA a favor de él o ella misma.

El Departamento de salud y servicios humanos cumple con las leyes federales y estatales, que restringen el uso y divulgación de información relativa a los solicitantes y beneficiarios de asistencia pública y cumplan con las disposiciones aplicables de la ley de Seguridad Social en cuanto a confidencialidad. El Departamento de salud y servicios humanos no discrimina contra ninguna persona sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, creencias políticas o discapacidad.

SOLICITANTE PRINCIPAL

1	Primer Nombre	Apellidos	Segundo Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/Pareja		Condado de origen: _____	Estatus: <input type="checkbox"/> Refugiados <input type="checkbox"/> Cubano o Haitiano participante <input type="checkbox"/> Ciertos Amerasiáticos <input type="checkbox"/> Víctima de trata de personas <input type="checkbox"/> Titulares de Visa (SIV) de inmigrante especial <input type="checkbox"/> Asilado: asilo fecha (en la carta de asilo) _____		
Documentos de inmigración: <input type="checkbox"/> I-94 <input type="checkbox"/> Documentos de viaje de USCIS <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otros: _____			Número de extranjero: <i>Por lo general, un número de 9 dígitos (no es un número de Seguridad Social, pasaporte o VISA)</i> A _____	Estudiante de tiempo completo: <i>(En una intuición de enseñanza superior)</i> <input type="checkbox"/> Sí, Donde _____ <input type="checkbox"/> No	

SEGUNDO SOLICITANTE

2	Primer Nombre	Apellidos	Segundo Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/Pareja		Condado de origen: _____	Estatus: <input type="checkbox"/> Refugiados <input type="checkbox"/> Cubano o Haitiano participante <input type="checkbox"/> Ciertos Amerasiáticos <input type="checkbox"/> Víctima de trata de personas <input type="checkbox"/> Titulares de Visa (SIV) de inmigrante especial <input type="checkbox"/> Asilado: asilo fecha (en la carta de asilo concedido) _____		
Documentos de inmigración: <input type="checkbox"/> I-94 <input type="checkbox"/> Documentos de viaje de USCIS <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otros: _____			Número de extranjero: <i>Por lo general, un número de 9 dígitos (no es un número de Seguridad Social, pasaporte o VISA)</i> A _____	Estudiante de tiempo completo: <i>(En una intuición de enseñanza superior)</i> <input type="checkbox"/> Sí, Donde _____ <input type="checkbox"/> No	

INGRESOS DEL TRABAJO

(Consulte el Manual del RAP capítulo III. Sección III. Sección de proceso de aplicación. Requisitos de procesamiento C.)

¿El Solicitante tiene ingresos de trabajo? Si No Si contesto sí, complete lo siguiente:

1. Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Inicio: _____ tasa salarial: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono: _____

Nombre del supervisor/gerente: _____ Horario de Trabajo / Horas por semana: _____

PAGO RECIBIDO ESTE MES (MES DE ESTA SOLICITUD)	
Fecha	Ingreso Bruto

2. Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Inicio: _____ tasa salarial: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono: _____

Nombre del supervisor/gerente: _____ Horario de Trabajo / Horas por semana: _____

PAGO RECIBIDO ESTE MES (MES DE ESTA SOLICITUD)	
Fecha	Importe bruto

SERVICIOS ADICIONALES

Marque que cada uno de los siguientes fue explicado: el aviso, forma, servicio proporcionado al solicitante.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) – El Programa de Ingreso Suplementario Federal diseñado para ayudar a ancianos, personas ciegas y con discapacidad, que tienen poco o ningún ingreso. ¿Se refirió a la persona para solicitar beneficios SI NO

Alimentos y Servicios de Nutrición (FNS) -Elegibilidad para el programa de cupones para alimentos se basa en ciertas requerimientos financieros y no financieros. ¿Referido para evaluación aceleradas? SI NO

Marque que cada uno de los siguientes fue explicado y se dio el aviso y/o formulario al solicitante.

Forma NC FAST-20009 (derechos y responsabilidades)

Yo, _____, entiendo que, al firmar este formulario estoy diciendo que:
(nombre impreso del solicitante)

- Entiendo las sanciones por dar información falsa, y yo he dicho la verdad en este formulario.
- Conozco mis derechos y qué debo hacer para obtener asistencia.
- Estoy de acuerdo en dar información sobre lo que he dicho.
- Estoy de acuerdo en reportar cambios a la Agencia de Servicios Sociales.
- Estoy de acuerdo en permitir que la Agencia de Servicios Sociales obtenga prueba de lo que he dicho de cualquier persona o de otra agencia.
- Sé que la Agencia de Servicios Sociales mantiene mi información privada.
- No obtendré beneficios con mi tarjeta de EBT en tiendas de licores, establecimientos de juegos de azar o cualquier establecimiento que ofrece entretenimiento orientado a adultos.
- Sé que si no firmo este formulario, no podré obtener los beneficios.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: (Si firmó con una "X") _____ Fecha: _____

Agencia Autorizada (referenciada en DSS-6236): _____

Nombre con Letra de Molde del Representante Autorizado de la Agencia: _____

Firma del Representante Autorizado de la Agencia: _____ Fecha: _____

Firma del entrevistador: _____ Fecha: _____

Firma del Intérprete: _____ Fecha: _____