

# DC Healthy Families

Because some of the best things in life are free.

Solicitud de Seguro de Salud



Si tiene alguna consulta o desea obtener asistencia,  
llame al siguiente número:

1-888-557-1116

TDD/TTY 1-877-6-PARENT

[www.dchealth.dc.gov/services/healthy\\_families/index.shtm](http://www.dchealth.dc.gov/services/healthy_families/index.shtm)

## RESPONSABILIDADES

Comprendo que pueden pedirme que presente pruebas de la información que proporciono en esta Solicitud. La firma que coloco en esta Solicitud autoriza la verificación de dicha información. Si me niego a proporcionar las pruebas o a dar mi permiso, sé que pueden rechazar mi Solicitud para acceder a los beneficios del Programa DC Healthy Families (Medicaid o Asistencia Médica).

Asimismo, entiendo que debo proporcionar información cabal, exacta y verdadera. Si me negara a suministrar la información necesaria, pueden negarme la elegibilidad. Entiendo que al firmar esta solicitud, estoy aceptando la responsabilidad que se deriva de la misma. En caso de que proporcionara información falsa, incorrecta o incompleta deliberadamente o no informara sobre algún cambio en dicha información a la brevedad, podría perder mis beneficios y ser procesado por fraude, multado y/o encarcelado. Entiendo que la pena máxima por fraude de Medicaid es una multa de \$1,000 y una sentencia privativa de la libertad de 3 años.

Sé que como parte de los requisitos de elegibilidad, me pueden pedir que solicite y colabore con la Administración para el Mantenimiento de Ingresos en la obtención de un Número de Seguro Social, un número de identificación de extranjería/verificación o identificación personal como contribuyente para mí y para aquellas personas para las cuales presento la solicitud de asistencia. Esta información se utilizará para verificar los beneficios e introducir los cambios necesarios en el programa. Toda diferencia hallada entre la información proporcionada y estos registros será objeto de investigación y podrá requerir una visita al hogar del interesado. La información tomada de estos registros puede afectar mi elegibilidad y la de las personas para las cuales estoy presentando la solicitud.

Comprendo que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) verificará parte de la información que he proporcionado con sistemas informáticos de comparación. No se necesita mi permiso para efectuar esta verificación. Durante este proceso, el Departamento tendrá cuidado de proteger mis derechos de confidencialidad.

Entiendo que debo informar de cualquier cambio que se produzca en mi situación que pudiera afectar mi elegibilidad y convengo en comunicar tales cambios a más tardar 10 días después de que se produzcan los mismos. Entiendo, asimismo, que cada año el DHS me enviará formularios de recertificación, que debo llenar, firmar y devolver de manera oportuna.

Igualmente, sé que pueden elegir mi caso para que el Programa de Asistencia Médica u otras entidades de gobierno realicen un examen de Control de Calidad y/o Integridad del Programa. Se trata de un examen detallado de toda la información consignada en los registros del caso y puede incluir algunas entrevistas personales y el examen de la historia clínica. Si eligieran mi caso, acepto cooperar totalmente con los representantes estatales o federales. Si me niego a colaborar, pueden cancelar mi Asistencia Médica.

Comprendo que al firmar esta solicitud, acepto colaborar plenamente con la División de Manutención para Niños del Distrito de Columbia para demostrar la paternidad y obtener manutención y apoyo médico para mis hijos, de conformidad con la ley. Entiendo, asimismo, que puedo solicitar que se me exima de este requisito si cuento con un motivo justificado. Un ejemplo de motivo justificado para no colaborar es el temor de que yo o mis hijos suframos daño físico, sexual o emocional. Además, sé que si estuviera embarazada o presentara la solicitud únicamente en nombre de mis hijos, mi elegibilidad o la elegibilidad de mis hijos no se verá afectada si opto por no cooperar.

Entiendo que si soy elegible para la Asistencia Médica, debo utilizar todos los recursos disponibles como, por ejemplo, mi seguro de salud, Medicare, Blue Cross/Blue Shield, seguro para veteranos y servicios médicos para veteranos, antes de utilizar la cobertura de la Asistencia Médica.

Entiendo que al firmar esta solicitud, estoy cediendo al Departamento de Salud (DOH) el derecho a recibir el pago de un tercero o los beneficios del seguro de salud, con respecto a la totalidad o una parte de mis gastos médicos, en que incurra el Departamento de Salud por los cuidados y el tratamiento que se ha prestado o pagado como asistencia y cuidados

médicos. Además, si entablara un proceso legal contra un tercero o celebrara negociaciones para transar con un tercero, debo cursar en el término de 20 días calendarios una notificación escrita sobre la acción mediante un servicio de entrega personal o correo certificado a Medical Assistance Administration, Third Party Liability Section, 33 N Street, N.E., Washington, DC 20002.

## DERECHOS

Comprendo que, de conformidad con las leyes federales, la determinación de mi elegibilidad para acogerme a los beneficios médicos se efectuará en un plazo de 45 días.

Sé que si fuera beneficiaria del Programa DC Healthy Families (Medicaid) y doy a luz, mi bebé recibirá los beneficios médicos durante un año, mientras viva conmigo y residamos en el Distrito de Columbia. Transcurrido un año, el bebé puede seguir siendo elegible después de un examen de elegibilidad.

Comprendo que si considero que he sido discriminada debido a mi raza, color, nacionalidad de origen, impedimento físico o mental o por algún otro motivo, puedo presentar una queja en el plazo de 180 días ante el Departamento de Servicios Humanos del Distrito de Columbia.

Entiendo que si no estoy satisfecha con alguna acción u omisión del Departamento de Servicios Humanos ("DHS") y/o del Departamento de Salud ("DOH"), puedo solicitar una audiencia imparcial llamando al teléfono (202) 724-5432 de la Oficina de Audiencias Imparciales.

Comprendo que si he recibido Asistencia Médica en algún momento desde el 20 de marzo de 1990, puedo tener derecho a que me reembolsen el dinero que he gastado por recetas de medicamentos, consultas médicas u hospitalizaciones. Para mayor información, puedo llamar al Equipo de Investigación de Reclamos de Beneficiarios de Medicaid de la Administración de Asistencia Médica al (202) 727-0725, o a Terris, Pravlik & Wagner al (202) 682-0578.

## PROGRAMA EPSDT/ CONTROL DE LA SALUD

El Programa de Exámenes Periódicos Tempranos, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT o "HealthCheck") proporciona chequeos y tratamiento gratuitos para menores de 21 años elegibles de Medicaid y/o del Programa DC Healthy Families. El Programa HealthCheck es muy importante y puede realizarlo cualquier médico o clínica que participe en el Programa Medicaid. Para mayor información sobre el Programa HealthCheck, llame al teléfono (202) 442-5988.

**SEPRE Y CONSERVE ESTA HOJA. ENVÍE POR CORREO LA SOLICITUD LLENADA Y FIRMADA, JUNTO CON LAS PRUEBAS DE SUS INGRESOS Y GASTOS DE CUIDADO DE PERSONAS DEPENDIENTES Y COMPROBANTE DE RESIDENCIA EN EL DISTRITO DE COLUMBIA, A:**

DC Healthy Families  
ATTN: DC Healthy Families Unit  
645 H Street, N.E  
Washington, DC 20002

# INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DEL PROGRAMA DC HEALTHY FAMILIES

## ASEGÚRESE DE LEER ESTAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE ANTES DE LLENAR LA SOLICITUD

### INFORMACIÓN GENERAL

Si usted es un adulto componente de una familia con uno o más hijos menores de 19 años, puede utilizar esta Solicitud para **solicitar** los beneficios de DC Healthy Families (Medicaid o Asistencia Médica).

#### QUIÉN NO DEBE LLENAR ESTA SOLICITUD

Si se encuentra comprendido dentro de una de las siguientes categorías, no debe utilizar esta Solicitud de "Formato Abreviado" para solicitar Asistencia Médica, sino el "Formulario de Solicitud Combinada" que es una versión más completa.

- Mujeres adultas sin hijos (que no estén embarazadas)
- Personas ancianas e incapacitadas
- Beneficiarios de Medicare

Además, debe utilizar el formato de Solicitud Combinada si desea solicitar TANF (Asistencia Temporal a Familias Necesitadas) y/o Estampillas para Alimentos. Sírvase llamar al teléfono (202) 724-5506 para obtener el formulario de Solicitud Combinado (*Combined Application Form*).

#### CÓMO LLENAR ESTA SOLICITUD

Si necesita ayuda para llenar esta Solicitud, un amigo, un pariente u otra persona puede brindarle su ayuda o puede llamar al 1-888-557-1116. Si está llenando esta Solicitud para alguien más, responda a cada una de las preguntas como si usted fuera el interesado. Si necesita cambiar alguna respuesta, escriba la información correcta al lado y ponga sus iniciales así como la fecha junto al cambio introducido. Si está presentado una solicitud a DC Healthy Families, y tiene menos de 21 años y vive con uno de sus padres o tutor legal, ellos deben firmar la Solicitud en su representación.

#### DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA REQUERIDA

Esta Solicitud **debe** ir acompañada de la siguiente documentación sustentatoria para **cada** persona a nombre de la cual usted está presentando una solicitud. (Adjunte solamente **copias**.)

**Comprobante** de residencia en el Distrito de Columbia (por ejemplo, recibo de agua, luz o teléfono con su dirección, copia de un contrato de arrendamiento, recibo de alquiler, licencia de conducir válida otorgada por el Distrito de Columbia, tarjeta de identidad de elector, una copia de su declaración del impuesto a la renta o un formulario de Crédito Tributario (*Earned Income*) por Ingreso Ganado con el Trabajo).

**Comprobante** de ingresos salariales correspondientes a un mes antes de la fecha de solicitud. Por ejemplo, si le pagan:

- Semanalmente, necesitará sus cuatro últimos talones de pago
- Quincenalmente, necesitará sus dos últimos talones de pago
- Mensualmente, necesitará su último talón de pago

**Comprobante** de su Número de Seguro Social (SSN) o comprobante de la solicitud del SSN. Por ejemplo, una copia de:

- La Tarjeta de Seguro Social
- Documentos de Beneficios del Seguro Social que muestren el SSN
- Otro estado de cuenta de beneficios federales o estatales que muestren el SSN
- Licencia de Conducir del Distrito de Columbia que muestre el SSN
- Declaración del Impuesto al Ingreso (última declaración del impuesto al Ingreso del Distrito de Columbia)
- Solicitud del SSN (SS-5)

Sírvase llamar al (202) 724-5506 si necesita ayuda para solicitar un número del Seguro Social.

**Comprobante** de gastos de cuidados de personas dependientes correspondiente a un mes (como, por ejemplo, un cheque cancelado, factura, estado de cuenta o recibo del proveedor que muestre la identidad del beneficiario de los cuidados, el costo de los cuidados y el periodo durante el cual se brindaron dichos cuidados). Por "gastos de cuidados de personas dependientes" se entiende los pagos que usted efectúa para el cuidado de un niño o un adulto mayor o discapacitado que vive con usted.

#### INSTRUCCIONES GENERALES

Sírvase seguir estas instrucciones cuando llene esta Solicitud.

1. Por favor, escriba con letra de imprenta todas las respuestas. Las respuestas ilegibles originarán la demora de la tramitación de su solicitud.
2. Si usted es sordo, puede acceder a TDD/TTY, y si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al 1-877-6PARENT.
3. Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio para llenar cualquier sección de esta Solicitud.
4. Asegúrese de leer cuidadosamente las secciones tituladas *SUS RES-*

*PONSABILIDADES Y DERECHOS* y firme la Solicitud.

### INSTRUCCIONES PASO POR PASO

#### PARTE 1: SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

**Pregunta No.1:** Si usted es un padre, tutor o abuelo, puede solicitar los beneficios en representación de un niño que se encuentre bajo su custodia. Si es un padre, tutor **legal** o abuelo, puede solicitar los beneficios en representación propia.

**Pregunta No. 2:** Por **unidad familiar** se entiende el o los padres, cónyuges y/o tutor o tutores legales y las personas dependientes que viven con ellos y a los cuales ellos procuran sustento económico. Todos los miembros de la unidad familiar son considerados en el conteo para determinar el tamaño de la familia aun cuando no todos ellos estén solicitando los beneficios. No es necesario que usted proporcione el Número de Seguro Social de las personas para las cuales no está solicitando beneficios. Nosotros no comunicamos los números del Seguro Social al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).

Ingrese uno de los códigos que aparecen a continuación en la columna titulada "Raza":

- Código 1: Blanco (De origen no hispano)
- Código 2: Negro (De origen no hispano)
- Código 3: Asiático-De las Islas del Pacífico
- Código 4: Nativo Americano o Nativo de Alaska
- Código 5: Hispano/Latino
- Código 6: Otros

**Pregunta No. 3:** Ingreso bruto refiere al monto de ingresos que usted obtiene de su empleo antes de la deducción de impuestos. Si trabaja de manera independiente y no tiene un número de identificación personal de contribuyente, presente una carta de las personas y/o compañías a las cuales presta servicios. Asimismo, debe proporcionar su dirección y número de teléfono.

**Pregunta No. 4:** Sírvase proporcionar información sobre todos los ingresos que obtiene de fuentes distintas a su empleo.

**Pregunta No. 5:** Suministre información de los gastos realizados con dinero de su bolsillo por cuidados a personas dependientes que paga mensualmente para que usted, o alguna persona de su unidad familiar pueda trabajar. Asimismo, sírvase proporcionarme la información solicitada acerca del proveedor de cuidados y el comprobante de los gastos realizados en un mes. (Proporcionar esta información puede ayudar a que su familia califique.)

**Pregunta No. 6:** Por "Cobertura retroactiva" se entiende que el programa cancelará sus facturas médicas pendientes de pago hasta por tres meses antes de la fecha de solicitud de beneficios de seguro del Programa DC Healthy Families.

**Pregunta No. 7:** Sírvase proporcionar esta información con respecto a cada uno de los niños para el cual está solicitando ayuda inmediata con manutención. Nadie está obligado a proporcionar alguna información si tiene un motivo válido para abstenerse. Un ejemplo de motivo válido es el temor de que usted o sus hijos sufran daño físico, sexual o emocional.

**Pregunta No. 8:** Suministre esta información acerca de cualquier persona con respecto a la cual está presentando una solicitud y que cuente con una cobertura de seguro de salud. (Disponer de un seguro de salud no constituye un impedimento para recibir los beneficios de DC Healthy Families.)

**Pregunta No. 9:** Sírvase proporcionar esta información sobre cualquier persona para la cual esté solicitando cobertura.

**Pregunta No. 10:** Esta pregunta se formula sólo con fines de investigación. Su respuesta no afectará la decisión que se tome en cuanto a su elegibilidad.

#### PARTE 2: PREGUNTAS PARA INMIGRANTES

Si usted respondió NO a la Pregunta 9 de la Parte I de esta Solicitud, debe llenar la Parte 2.

Se debe proporcionar toda la información solicitada, incluyendo el número de identificación de extranjeros (si es aplicable). No es necesario adjuntar documentación sustentatoria, pues se verificará la información proporcionada en el formulario. Toda información relacionada con la condición de inmigrante tendrá carácter confidencial.



# DC Healthy Families

Because some of the best things in life are free.

1-888-557-1116

## PARTE 1: SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

**DEBE LEER LAS INSTRUCCIONES ADJUNTAS ANTES DE LLENAR ESTA SOLICITUD**

Esta Solicitud es una declaración de hechos acerca de usted y las personas de su familia que necesitan un seguro de salud. Debe responder a todas las preguntas de modo que podamos determinar si podemos ayudarle. Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame al 1-888-557-1116. Sírvase escribir en letra de imprenta.

Recibí ayuda para llenar esta solicitud de:  Personal de la Línea de Emergencia (Hotline)  Funcionario Comunitario  Lo hice yo solo(a)  
 Otros (identificar) \_\_\_\_\_ ¿Estuvo satisfecho con la ayuda que recibió?  Sí  No

### 1. Padre o cuidador que llena esta Solicitud

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Dirección de domicilio	Calle	Ciudad
		Estado
		Código Postal
Dirección Postal (si fuera diferente)	Calle	Ciudad
		Estado
		Código Postal
Teléfono de domicilio	Teléfono del centro de trabajo	Teléfono para mensajes

### 2. Inscriba a todos los miembros de su unidad familiar. (Véase el No. 2 de la hoja de instrucciones.) (Sírvase indicar primero al solicitante principal.)

Apellido y Nombres	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	Raza (Código) (Opcional)	Gestante (S/N)	Parentesco con usted	Relación con su cónyuge	Solicita beneficios (S/N)	Número de Seguro Social (sólo de aquellas personas para las cuales desea obtener beneficios). Si no tienen un Número de Seguro Social, poner una X en el casillero

### 3. Indique todos los ingresos antes de impuestos que usted u otro miembro adulto de su unidad familiar haya ganado (incluso de un trabajo independiente).

<p style="text-align: center;">Su Ingreso Bruto</p> <p>Monto ganado: \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin Ingresos</p> <p style="text-align: center;"><b>(encerrar en un círculo una opción)</b> Por Hora Semanal</p> <p style="text-align: center;">Quincenal Mensual Anual</p> <p>Horas trabajadas cada semana: _____</p> <p>Nombre y número de teléfono del Empleador: _____</p> <p>Si trabaja en forma independiente, ID. CONTRIBUYENTE _____  marque aquí e indique su número de Trabajo Independiente <input type="checkbox"/>  Identificación (ID) personal de contribuyente.  <b>Si no cuenta con un número de identificación personal de contribuyente, escriba una declaración donde describa su empleo e ingresos y adjúntela a la solicitud.</b></p>	<p style="text-align: center;">Ingreso Bruto de Padre/Madre o de otro miembro adulto de la familia</p> <p>Monto ganado: \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin Ingresos</p> <p style="text-align: center;"><b>(encerrar en un círculo una opción)</b> Por Hora Semanal</p> <p style="text-align: center;">Quincenal Mensual Anual</p> <p>Horas trabajadas cada semana: _____</p> <p>Nombre y número de teléfono del Empleador: _____</p> <p>Si trabaja en forma independiente, ID. CONTRIBUYENTE _____  marque aquí e indique su número de Trabajo Independiente <input type="checkbox"/>  Identificación (ID) personal de contribuyente.  <b>Si no cuenta con un número de identificación personal de contribuyente, escriba una declaración donde describa su empleo e ingresos y adjúntela a la solicitud.</b></p>
---	--

tear here

**4. Indique todo otro ingreso que reciban los miembros de su unidad familiar (incluyendo sus propios ingresos, los de su cónyuge y de sus hijos).**

Fuente del ingreso	¿Quién recibe este Ingreso?	Monto del Ingreso	¿Con cuanta frecuencia se reciben el Ingreso?
Manutención de hijos			
Pensión			
Beneficios del Seguro Social			
SSI			
Compensación por Accidentes de Trabajo			
Otros (explicar)			

**5. Si usted o alguna persona de su unidad familiar paga por el cuidado de personas dependientes (cuidado de niños o cuidados de un adulto que vive con usted que no puede cuidarse a si mismo) para poder trabajar, sírvase proporcionar la siguiente información. (Proporcionar esta información puede ayudar a que su familia califique).**

Nombre de la persona que trabaja	Persona(s) que recibe los cuidados	¿Monto Mensual Pagado?	Nombre del Proveedor de Cuidados de la persona dependiente	Número de Teléfono del Proveedor de Cuidados de la persona dependiente

**6. ¿Hay alguna persona para la cual usted está solicitando los beneficios que tenga cuentas médicas pagadas o impagas (por ejemplo, cuentas de hospitalización, de atención médica y compra de medicamentos bajo receta médica) de los últimos tres meses? (círcule uno)**  
**SÍ NO**  
 Si la respuesta es Sí, podemos ayudarle a pagar estas cuentas. Comuníquese con la Unidad de DC Healthy Families llamando al 202-698-4200.

**7. Podemos brindarle asistencia para determinar la paternidad y obtener manutención para los niños que están bajo su cuidado. ¿Necesita estos servicios con prontitud? (círcule uno)**  
**SÍ NO**

**En caso de responder Sí: Si usted conoce el nombre del padre o madre ausente, sírvase indicarlo a continuación. Proporcione también toda la información que conozca donde se les pueda ubicar.**

Nombre del niño (Apellido y Nombres)	Nombre del Padre/ Madre Ausente o Difunto	Ausente (A) o Difunto (D)?	Fecha de Defunción	Seguro social (SSN) del padre o la madre	Ultima dirección conocida	Sexo (M/F)

**8. ¿Hay alguna persona para la cual está solicitando los beneficios actualmente que cuente con otro seguro de salud (incluyendo Medicare)? (círcule uno)**  
**SÍ NO**  
 NOTA: Aun cuando tenga un seguro de salud, puede recibir los beneficios de DC Healthy Families. Si la respuesta es Sí, proporcione la siguiente información:

Nombre de (s) de Solicitantes con Seguro de Salud	Nombre de Titular de la Póliza	Nombre y Dirección de la Compañía de Seguros	Número del Grupo	Póliza/Cert./SSN

**9. ¿Todas las personas para las cuales usted está solicitando los beneficios son ciudadanas estadounidenses? Si respondió "NO", DEBE llenar la Parte 2 de esta solicitud. (círcule uno)**  
**SÍ NO**

**10. ¿Preferiría recibir la correspondencia en español?  Sí, preferiría recibir las notificaciones en español  NO**

Mediante mi firma a continuación, certifico bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta Solicitud es verdadera, cabal y correcta según mi leal saber y entender. He leído y comprendido los Derechos y Responsabilidades así como la información del Programa Well-Child de Medicaid (Programa de Niño Sano) impresa en la Página 3 de esta Solicitud.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 (FIRMA LEGAL O MARCAR CON UNA "X" )

Firma del Testigo o Marcar con una "X" \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 (La firma de un testigo sólo será necesaria si el Solicitante coloca una "X" en lugar de firmar su nombre.)





# DC Healthy Families

Because some of the best things in life are free.

1-888-557-1116

## PARTE 2: SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

**DEBE LEER LAS INSTRUCCIONES ADJUNTAS ANTES DE LLENAR ESTA SOLICITUD**

*La información que nos proporcione tendrá carácter confidencial de conformidad con las leyes estatales y federales.*

**Deje esta hoja en blanco si respondió SÍ a la pregunta 9 de la Parte 1 de esta Solicitud.  
Llene esta hoja si respondió NO a la pregunta 9 de la Parte 1 de esta Solicitud.**

**Condición de Inmigrante:** Anote los datos de cada uno de los miembros de su familia que no sea ciudadano estadounidense y que esté solicitando beneficios, en el cuadro que aparece a continuación. Su identificación con uno o más códigos indicativos de su condición como inmigrante no constituye una garantía de elegibilidad ni es una indicación de que le negarán los beneficios del seguro. Con respecto a algunos códigos, podemos ponernos en contacto con usted para obtener más información. Indique sólo la condición que aplique a cada una de las personas que está solicitando los beneficios desde su ingreso a los EE.UU.

**Utilice los números indicados a continuación para describir su condición de inmigrante:**

1. Residente permanente legal
2. Refugiado
3. Asilado
4. Recién llegado Cubano/Haitiano
5. Persona cuya deportación (traslado) ha sido denegada
6. Persona bajo libertad provisional admitida durante por lo menos un año
7. Extranjero que está presente desde antes del 1 de abril de 1980, con una "entrada condicional"
8. Persona en servicio militar activo o veterano de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. a la que se haya otorgado un licenciamiento honroso.
9. Cónyuge, viuda o persona dependiente de alguien que se encuentre en servicio militar activo o sea un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. al que se haya otorgado un licenciamiento honroso.
10. Una víctima de violencia doméstica, o un hijo de dicha víctima, que ya no vive con el abusador.  
Una víctima de alguna forma severa de tráfico humano certificado por la Oficina de Reubicación de Refugiados
12. Otros (marcar aquí)

**Anote la siguiente información ÚNICAMENTE con respecto a las personas para las cuales esté solicitando los beneficios y que no sean ciudadanos estadounidenses (adjuntar una hoja adicional si fuera necesario). Si marcó la Condición No. 12 (Otros) escriba el No. 12 en el casillero Número(s) de Condición.**

Nombre (Apellido y Nombres)	Número(s) de Condición (Indicar todos los que se apliquen)	Fecha de Ingreso a los EE.UU.	Fecha de Adjudicación de Condición	No. de Identificación de Extranjero	No. de Verificación SÓLO PARA USO DE LA OFICINA