



# STATE OF COLORADO



## La nota para Aplicar de nuevo Debe Actuar Ahora

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Regrese por favor su información a: nosotros en:

Longmont Family  
529 COFFMAN ST, STE 100  
LONGMONT CO 80501-5450  
(303) 441-1000

Programas: \_\_\_\_\_

Fecha de Fin de Período de certificación: \_\_\_\_\_

\*0190001\*

Para ver si usted todavía puede conseguir los beneficios, contestar por favor las preguntas, el signo y regresar esto a nosotros.

He leído esta forma para renovar mis beneficios y según mi leal saber y entender y la creencia, mis respuestas son verdad. Esta información incluye a las personas que viven en mi casa y, información de ciudadanía y no-ciudadanía. He listado todas las cantidades y las fuentes de ingresos, el dinero y la propiedad que recibo o poseo. Comprendo y acepto la información proporcionado en la sección con título "lo que Debo Saber".

FIRME AQUI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Mejor número de teléfono para llamarle: \_\_\_\_\_

Que movió?  Sí  No

Si sí, lo que es su nueva dirección? \_\_\_\_\_

Complete por favor esta sección:

- ¿Es cualquiera que vive en su casa un emigrante o un jornalero estacional?  Sí  No
- ¿Es el dinero (antes que deducciones) piense que conseguirá este mes menos de \$150?  Sí  No
- ¿Es todo el dinero efectivo, y el dinero en la comprobación y cuentas de ahorros para la casa menos de \$100?  Sí  No
- ¿Son sus costos mensuales de envoltura y utilidad más que el suma dinero mensual, inclusive dinero efectivo, el dinero de regalos de empleo, y del dinero en la comprobación y cuentas de ahorros?  Sí  No

Conecte páginas adicionales si usted no puede escribir su respuesta en el espacio proporcionado.

## Las personas que Viven con Usted

Nombre y apellidos	La relación a usted	Dé a luz a la	Macho/Hembra Fecha	¿Hace estos beneficios de necesidad de persona?	Las personas que no desean los beneficios no tienen que contestar estas preguntas.		
					Numero del Seguro Social	US Ciudadano	Compite/Etnia (vea códigos abajo)
				Y N		Y N	
				Y N		Y N	
				Y N		Y N	
				Y N		Y N	
				Y N		Y N	
				Y N		Y N	
				Y N		Y N	

\*La carrera/etnia es opcional. Las opciones de la carrera incluyen: Asian- A; Hispanic/Latino- H; American Indian/Alaskan Native- AI; White- W; Native Hawaiian/Pacific Islander- NH; Black/African American- B; Other- O

¿Quién compra y come alimento con usted? \_\_\_\_\_

¿Es cualquiera en el hogar embarazada?  Sí  No Quién? \_\_\_\_\_

¿Cuándo es el bebé debido? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos bebés hacen espera? \_\_\_\_\_

Liste el nombre del padre: \_\_\_\_\_

Para una decisión rápida, manda por favor una declaración de doctor con una fecha de vencimiento.

¿Es cualquiera en el hogar 18 años o más viejo y en la escuela?  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Están allí ninguna escuela niños viejos que no van a la escuela en este momento (excluyendo interrupciones)?  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

Son o cualquier miembro de su casa:  En Encarcela/Prisión  En un Nuring en casa

En un Grupo en casa  En Rehabilitación  Un criminal condenado

Un criminal que huye, violador de libertad condicional o violador de persona en libertad condicional

Si sí, proporciona por favor el nombre del miembro de la casa y fecha esto sucedió: \_\_\_\_\_

## El dinero en Su Hogar

Díganos acerca de todo el dinero en su hogar:

- Nadie en mi hogar tiene dinero (los ingresos)

Debemos saber del dinero que usted o de cualquiera en su casa recibe del trabajo.

Si usted o cualquiera consigue dinero del trabajo, completa por favor el siguiente:

La persona que Trabaja	El Nombre del empleador y Llama	¿Con qué frecuencia son usted pagó?	Cuánto hágale cheque consigue cada de pago (antes de deducciones)
			\$
			\$
			\$

Debe mandar prueba de todo el dinero en casa. Ayúdenos hacemos una decisión más rápida mandando la prueba con este paquete.

Sí  No  
 ¿Hizole o cualquiera en la hoja de hogar o pierde un trabajo en los pasados 60 días?  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
 Nombre de empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de empleador: \_\_\_\_\_  
 La fecha de último cheque de pago: \_\_\_\_\_ La cantidad de último cheque de pago: \$ \_\_\_\_\_  
 Sí  No  
 ¿Es o cualquiera en el hogar en la huelga?  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Sí  No  
 ¿Consigue cualquiera cualquier OTRO tipo de dinero?

Ejemplos: Los subsidios de desempleo; Manutención de hijos; Jubilación; Seguridad social Beneficia; los Beneficios de Veteranos; Dividends/Interés; Confianza; Presta/Regalos; dinero de En-Clase (es decir el trabajo alrededor de la casa a cambio del alquiler), la Compensación de Trabajador; Pensión, la Incapacidad.

La persona que consigue Dinero	El dinero De	Cantidad	¿Con qué frecuencia es recibido?

**Debe mandar prueba de todo el dinero en casa. Ayúdenos hacemos una decisión más rápida mandando la prueba con este paquete.**

**Las cosas que Usted Paga por**

Díganos acerca de cualquier cambio en las cosas que paga por: Yo no tengo cambios   
 Díganos por favor si tiene cualquier cambio en lo que usted paga por alquiler/hipoteca, en casa seguro, los impuestos sobre la propiedad inmobiliaria, honorarios de HOA, las utilidades, el cuidado niño/adulto de día, los gastos médicos y manutención de hijos tribunal-ordenado, O si tiene cualquier nuevas cosas por que usted paga.

Tipo	Súmele nos dijo que paga	Súmele ahora paga	¿Con qué frecuencia Paga usted?
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

**Debe mandar prueba de las cosas que paga por: Ayúdenos hacemos una decisión más rápida mandando la prueba con este paquete.**

Sí  No  
 ¿Recibió LEAP en su dirección actual?

Si yo no informo y proporciono prueba solicitado del alquiler, la hipoteca, albergando honorarios, el seguro inmobiliario, los impuestos sobre la propiedad inmobiliaria, el tribunal ordenó los pagos de manutención de hijos, el niño o el cuidado adulto, y los gastos médicos pagados por personas mayores o miembros discapacitados, yo indico que yo no deseo que ese gasto específico utilizara como una deducción para determinar mi cantidad del beneficio de ayuda de alimento.

\*01900071\*

**Las cosas que usted Posee**

**Si recibe Financiero Adulto, Médico Adulto, los Ahorros de Medicare Programan o los beneficios a largo plazo del Cuidado:**

Díganos acerca de las cosas que posee:

Díganos por favor si tiene cualquier dinero efectivo, verificando y las cuentas de ahorros, las anualidades, las confianza, los fondos de inversión mobiliaria, los pagarés, la propiedad (tierra y/o hogares), cuentas de vehículos y jubilación, O si tiene nuevas cosas que usted posee.

Tipo	Valor	Valor actual	El nombre de persona que posee la artículo/cuenta
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

**Debe mandar prueba de todo el dinero en casa. Ayúdenos hacemos una decisión más rápida mandando la prueba con este paquete.**

¿Que regaló algo de valor desde que la última vez usted aplicó o aplica de nuevo?  Sí  No

La persona que Dío Lejos: \_\_\_\_\_

¿Lo que Fue Regalado y Cuando? \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_

**Si recibe Médico y/o CHP + los beneficios:**

¿Tiene cualquiera en el hogar camblos tenidos en su seguro de enfermedad médico?  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Lo que cambió? \_\_\_\_\_