



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner




James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #07-36-OPE

(This Policy Bulletin Replaces PB #03-194-OPE)

REVISIONS TO FORMS W-113K AND W-119D

Date: March 22, 2007	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>This policy bulletin is to inform all Job Center and Paperless Office System (POS) Non-Public Assistance (NPA) Food Stamp (FS) staff that the Documentation Requirements and/or Assessment Follow-Up form (W-113K) and the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (W-119D) have been revised.</p> <p>Please note: the W-113K will only be used at Job Center and POS NPA FS sites. The Notice of Outstanding Required Documentation (W-120D) will continue to be used at all non-POS NPA FS sites until further notice.</p> <p>The W-113K now includes reminders for forms and appointments that may be needed to complete eligibility requirements. The revised W-119D will be attached to the W-113K to allow applicants/participants to see the list of all possible documents that are acceptable to verify eligibility factors. The W-119D is the local equivalent of the New York State Office of Temporary and Disability Assistance Documentation Requirements form (LDSS-2642).</p> <p>The following revisions apply to the new W-113K:</p> <ul style="list-style-type: none">• The form is now two pages instead of one.• The “LLF” designation has been added to the header, indicating that the form meets Local Law 73 requirements and therefore must be translated into the required languages.• The title of the form has been changed from “Documentation Requirements” to “Documentation Requirements and/or Assessment Follow-Up.”

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

- The first paragraph under the title has been changed to:

“In order to make a determination of or maintain your current eligibility for public assistance (PA) and/or food stamps (FS), you must provide the documents and/or information indicated below, together with this form, by the due date. If you cannot get the required documents/information by the due date, contact your Worker and ask for an extension. If you cannot get the required documents/information at all, contact your Worker immediately, as s/he may assist you in obtaining the required documents/information. The **W-119D**, which lists the common documents that may be used to verify the eligibility factors, is attached.”

- A “due date” line and checkbox indicating “Must see Worker upon return” have been added.
- A “Forms Reminder” section has been added, a series of Agency forms with checkboxes, which will be completed by the Worker to remind the applicant/participant of documentation needed to complete the eligibility process.
- A “PA Appointment Reminder” section has been added, which consists of appointments that the applicant/participant may be required to participate in to complete the eligibility/recertification process.
- At the top of page 2, checkboxes have been added to identify whether any household members are required to come in to the Office/Center to be finger-imaged, assessed for employment or to sign the public assistance application.
- The Eligibility Factors Chart has been moved to page 2 and the two right-hand columns have been removed.
- The text “Outstanding documentation – see the **W-119D** for a list of documents that can be used to verify the outstanding eligibility factors” has been added above the chart on page 2.
- The text below the chart was changed to read:

“If this notice does not indicate that you (casehead) must see the Worker upon return, you may submit any required documents/information by mail. However, it remains your responsibility to ensure that the required information reaches the Agency by the prescribed deadline.”

- The bold text was changed to read:

“Failure to submit verification/documentation or contact us on or before the due date may make you ineligible for public assistance and/or food stamps, or may cause a reduction in your public assistance and/or NPA Food Stamp benefits for a specific period of time.”

The following revisions apply to the new **W-119D**:

- The form has been changed to reflect the flow of categories and subcategories on the [LDSS-2642](#) and has increased from two to three pages.
- On page 1, the “Obtain One” column has been replaced with two columns; the applicant/participant needs one item from the first column or two items from the second column to prove the checked eligibility factor(s). On pages 2 and 3 there is only one column and the applicant/participant will be required to provide one item from the column for each checked factor to prove eligibility.
- On page 1, the statement “(not required for Food Stamps)” was added to the “Marital Status,” “Absence/Death of Parent(s)” and “Absent Parent Information” sections.
- On page 1, for section “Relationship,” the proof “Marriage Certificate” was removed and the proofs “Medical Records,” “Applicant’s statement,” “Newspaper Notice,” “Statement from Clergy,” and “Statement from another person” were added.
- On page 2, the subheading, “Private Pension/Annuity” has been added to the “Unearned Income” section.
- On page 2, the subheading “Cash on hand” has been removed from the “Resources” section.
- On page 2, the proof, “Current benefit check” for the subheading “Unemployment Insurance Benefits (UIB) in the section “Unearned Income” has been removed because applicants/participants no longer receive a check (payment is through a direct payment card).
- On page 3, the statement “You must prove rent and other household expenses” has been removed from the “Shelter Expenses” section and replaced with the statement “You must prove how much it costs you to live where you do (you may need to provide separate documentation for **each** item of shelter expense).
- On page 3, the statement “For FS, for aged/disabled individuals only” was added to the “Medical Expenses” section.
- On page 3, the bulleted item “Medicare prescription drug card” was added as an additional proof for medical expenses.

- On page 3, the statements “If you or anyone living with you is sick or pregnant, you must provide proof” and “(For MA only, resource information is not requested from pregnant women, children and persons eligible for Family Health Plus)” have been added to the “Disabled/Incapacitated/Pregnant” section.
- On page 3, the item “Medical” was removed from the “Unpaid Bills” section.
- On page 3, the statement “(for Safety Net Assistance)” was added under the section head “Past Management” because the program requirements only apply to Safety Net Assistance, not Family Assistance.
- On page 3, four new eligibility factors, “Referral” (with subheading “Employment Service),” “Past Management” (with subheadings “Earned Income” and “Other”), “Potential Benefits” and “Other,” have been added.

Center Directors and NPA FS Office Site Managers must ensure that all previous versions of this form and the multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.

Effective Immediately

References:

[00-INF-6](#)

[05-INF-16](#)

[Temporary Assistance Source Book](#) (Chapter 5, page 45)

[Food Stamp Source Book \(Section 17, page 375\)](#)

Related Items:

[PB #04-10-OPE](#)

[PB #04-179-OPE](#)

☞ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachments:

- W-113K** Documentation Requirements and/or Assessment Follow-Up (Rev. 3/22/07)
- W-113K (S)** Documentation Requirements and/or Assessment Follow-Up (Spanish) (Rev. 3/22/07)
- W-119D** Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Rev. 3/22/07)
- W-119D (S)** Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Spanish) (Rev. 3/22/07)



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Food Stamp Filing Date: _____
Subject: _____

Documentation Requirements and/or Assessment Follow-Up

In order to make a determination of or maintain your current eligibility for public assistance (PA) and/or food stamps (FS), you must provide the documents and/or information indicated below, together with this form, by the due date. If you cannot get the required documents/information by the due date, contact your Worker and ask for an extension. If you cannot get the required documents/information at all, contact your Worker immediately, as s/he may assist you in obtaining the required documents/information. The **W-119D**, which lists the common documents that may be used to verify the eligibility factors, is attached.

SAMPLE

Due Date: _____ Must see Worker upon return.

Forms Reminder (Please return the following Agency form(s), completed and signed where necessary.)

<input type="checkbox"/> M-15 Inquiry Regarding Veteran's Benefits/Allotment <input type="checkbox"/> W-133D Social Security Number Verification <input type="checkbox"/> W-146W Verification of Tenant's Rent in Section 8 Housing <input type="checkbox"/> W-147M Landlord's Statement (Regarding Broker's Fee) <input type="checkbox"/> W-274U Attestation of Employment as an Informal Child Care Provider <input type="checkbox"/> W-451 NYPD – New York Police Department Report/Referral	<input type="checkbox"/> M-30t Verification of Employment <input type="checkbox"/> W-146E Request to Pay Rent Arrears in Excess of PA Maximum Shelter Allowance <input type="checkbox"/> W-147CC Certification of Move Statement <input type="checkbox"/> W-147Q Primary Tenant's Statement Regarding Occupancy of Secondary Tenant <input type="checkbox"/> W-299 Notice to Applicants and Participants Regarding Third Party Health Insurance
--	--

PA Appointment Reminder

<input type="checkbox"/> BEV – Bureau of Eligibility Verification Appointment <input type="checkbox"/> OCSE – Office of Child Support Enforcement Appointment <input type="checkbox"/> Skills Assessment/Job Placement (Back to Work) Vendor Appointment	<input type="checkbox"/> SACC – Substance Abuse Case Control Appointment <input type="checkbox"/> WeCARE – Wellness, Comprehensive Assessment, Rehabilitation and Employment Medical Provider Appointment <input type="checkbox"/> ACS – Agency for Children's Services Appointment
--	---

The following household member(s) must return in person for the reason indicated below:

	<input type="checkbox"/> To be finger-imaged	<input type="checkbox"/> For an employability assessment	<input type="checkbox"/> To sign the public assistance application
--	--	--	--

Name of Household Member

	<input type="checkbox"/> To be finger-imaged	<input type="checkbox"/> For an employability assessment	<input type="checkbox"/> To sign the public assistance application
--	--	--	--

Name of Household Member

Outstanding documentation – see the **W-119D** for a list of documents that can be used to verify the outstanding eligibility factors.

Items Received	Name	Eligibility Factor
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

SAMPLE

If this notice does not indicate that you (casehead) must see the Worker upon return, you may submit any required documents/information by mail. However, it remains your responsibility to ensure that the required information reaches the Agency by the prescribed deadline.

FAILURE TO SUBMIT VERIFICATION/DOCUMENTATION OR CONTACT US ON OR BEFORE THE DUE DATE MAY MAKE YOU INELIGIBLE FOR PUBLIC ASSISTANCE AND/OR FOOD STAMPS, OR MAY CAUSE A REDUCTION IN YOUR PUBLIC ASSISTANCE AND/OR NPA FOOD STAMP BENEFITS FOR A SPECIFIC PERIOD OF TIME.

 Applicant/Participant's Signature

 Date

 Worker's Signature

 Date

 Worker's Telephone Number



Fecha: _____
 Número del Caso: _____
 Nombre del Caso: _____
 Fecha de Registro de
 Cupones para Alimentos: _____
 Tema: _____

Requisitos Documentales y/o Seguimiento de Evaluación

Para llegar a una determinación de su actual estado de elegibilidad de asistencia pública y/o cupones para alimentos o para mantener dicha elegibilidad, usted debe proporcionar los documentos y/o datos indicados más abajo, junto con el presente formulario, a más tardar en la fecha de presentación. Si no puede conseguir los documentos/datos necesarios para dicha fecha, comuníquese con su Trabajador y pida una extensión. Si le es imposible conseguir los documentos/datos necesarios, comuníquese con su Trabajador de inmediato, puesto que éste puede ayudarle a obtener los documentos/datos necesarios. El **W-119D (S)**, que lista los documentos comunes que pueden servir para comprobar los factores de elegibilidad, se encuentra adjunto.

Fecha de Presentación: _____ Tiene que reunirse con el Trabajador al regresar.

Recordatorio de Formularios (Favor de devolver el/los siguiente(s) formulario(s) de la Agencia, llenado(s) y firmado(s) si necesario.)

<input type="checkbox"/> M-15 Inquiry Regarding Veteran's Benefits/Allotment <input type="checkbox"/> W-133D Social Security Number Verification <input type="checkbox"/> W-146W Verification of Tenant's Rent in Section 8 Housing <input type="checkbox"/> W-147M Landlord's Statement (Regarding Broker's Fee) <input type="checkbox"/> W-274U (S) Atestación de Empleo como Proveedor de Cuidado Infantil Informal <input type="checkbox"/> W-451 NYPD – New York Police Department Report/Referral	<input type="checkbox"/> M-30t Verification of Employment <input type="checkbox"/> W-146E Request to Pay Rent Arrears in Excess of PA Maximum Shelter Allowance <input type="checkbox"/> W-147CC (S) Certificación Respecto a Declaración de Mudanza <input type="checkbox"/> W-147Q (S) Declaración del Inquilino Principal con Respecto a la Ocupación del Inquilino Secundario <input type="checkbox"/> W-299 (S) Aviso a Solicitantes y Participantes con Respecto a Seguros de Salud de Tercera Persona
--	---

Recordatorio de Cita de Asistencia Pública

<input type="checkbox"/> BEV – (Bureau of Eligibility Verification) Cita en la Oficina de Verificación de Elegibilidad <input type="checkbox"/> OCSE – (Office of Child Support Enforcement) Cita en la Oficina de Aplicación de Manutención de Niños <input type="checkbox"/> Cita con el Contratista de Regreso al Trabajo (Back to Work) de Evaluación de Habilidades/Colocación	<input type="checkbox"/> SACC – (Substance Abuse Case Control) Cita de Control de Caso de Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> WeCARE – (Wellness, Comprehensive Assessment, Rehabilitation and Employment) Cita con el Proveedor Médico de Bienestar, Evaluación Total, Rehabilitación y Empleo <input type="checkbox"/> ACS – (Administration for Children's Services) Cita en la Agencia de Servicios al Niño
---	---

El/los siguiente(s) miembro(s) del hogar tiene(n) que regresar en persona por la razón indicada más abajo:

	<input type="checkbox"/> Para que se le tomen imágenes digitales	<input type="checkbox"/> Para una evaluación de empleabilidad	<input type="checkbox"/> Para firmar la solicitud de asistencia pública
--	--	---	---

Nombre del Miembro del Hogar

	<input type="checkbox"/> Para que se le tomen imágenes digitales	<input type="checkbox"/> Para una evaluación de empleabilidad	<input type="checkbox"/> Para firmar la solicitud de asistencia pública
--	--	---	---

Nombre del Miembro del Hogar

Documentación pendiente – vea el **W-119D (S)** para una lista de documentos que pueden usarse para verificar los factores de elegibilidad pendiente.

Artículos Recibidos	Nombre	Factor de Elegibilidad
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

SAMPLE

Si este aviso no indica que usted (jefe del caso) tiene que reunirse con su Trabajador al regresar, puede enviar los documentos/información por correo. Sin embargo, sigue siendo su responsabilidad que la información requerida llegue a la Agencia a más tardar para la fecha de entrega.

EL NO PRESENTAR VERIFICACIÓN/DOCUMENTACIÓN O NO COMUNICARSE CON NOSOTROS A MÁS TARDAR EN LA FECHA DE PRESENTACIÓN PUEDE RESULTAR EN LA PÉRDIDA DE SU ELEGIBILIDAD RESPECTO A ASISTENCIA PÚBLICA Y/O CUPONES PARA ALIMENTOS, O PUEDE CAUSARLE UNA REDUCCIÓN EN SUS BENEFICIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA Y/O BENEFICIOS NPA DE CUPONES PARA ALIMENTOS DURANTE UN PERÍODO DE TIEMPO ESPECÍFICO.

Firma del Solicitante/Participante

Fecha

Firma del Trabajador

Fecha

Número de Teléfono del Trabajador



Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide

Eligibility Factor	To prove this factor, provide: ONE of the following ↓ OR	TWO* of the following:	Eligibility Factor	To prove this factor, provide: ONE of the following ↓ OR	TWO* of the following:
<input type="checkbox"/> Identity You must establish identity for each person listed.	<ul style="list-style-type: none"> • Photo I.D. • Driver's license • U.S. passport • Naturalization Certificate • Hospital/Doctor's Records • Adoption papers 	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from another person • Birth/baptismal certificate • Validated Social Security number 	<input type="checkbox"/> Absence/Death of Parent(s) If the parent(s) of any child in your home is not living with you, you must prove this. (not required for Food Stamps)	<ul style="list-style-type: none"> • Death certificate • Survivor's benefit records • Hospital records • VA or military records • Divorce papers • Proof of remarriage 	<ul style="list-style-type: none"> • Newspaper notice • Insurance company records • Institutional records • Agency case records and burial payment files • Statement from another person
<input type="checkbox"/> Marital Status You must prove if you are married, divorced, separated or widowed. (not required for Food Stamps)	<ul style="list-style-type: none"> • Marriage/Death certificates • Separation agreement • Divorce decree • Social Security records • Veterans Administration (VA) records 	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from clergy • Census records • Newspaper notice • Statement from another person 	<input type="checkbox"/> Absent Parent Information If the parent(s) of any child in your home is not living with you, you must provide information you have about the individual's: name, address, Social Security number, birth date, employment. (not required for Food Stamps)	<ul style="list-style-type: none"> • Pay stubs • Tax returns • Social Security or VA records • Monetary determination letters • ID cards (health insurance) • Driver's license or registration 	NA
<input type="checkbox"/> Relationship If you are related to a child in the household, you must prove the relationship.	<ul style="list-style-type: none"> • Birth certificate (long form) • Adoption papers/records • Court records • Medical records 	<ul style="list-style-type: none"> • Applicant's statement • Newspaper Notice • Statement from Clergy • Statement from another person 	<input type="checkbox"/> Social Security Number For Temporary Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance only , you do not have to provide proof of your Social Security Number (SSN) unless the SSN you give does not match with SSA's records or cannot be verified by the agency.	<ul style="list-style-type: none"> • Social Security card • Official correspondence from SSA <p>A Social Security number is not required for aliens who are seeking Medical Assistance for emergency treatment only or are Medical Assistance-only applicants who are pregnant.</p>	NA
<input type="checkbox"/> Residence You must verify your place of residence (if applicable).	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from landlord/primary tenant • Current rent receipt or lease • Mortgage records 	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from another person • Current mail • School records 			
<input type="checkbox"/> Household Composition/Size You must prove who is living with you.	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from nonrelative landlord • School records 	<ul style="list-style-type: none"> • Statements from other persons 			
<input type="checkbox"/> Age You must prove the age of each person applying for assistance, where appropriate.	<ul style="list-style-type: none"> • Birth certificate • Baptismal records/certificate • Hospital records • Adoption papers/records • Naturalization certificate • Driver's license 	<ul style="list-style-type: none"> • Insurance policy • Census records • School records • Statement from another person • Physician statement • Official correspondence from SSA 			

* If you are applying for Food Stamp Benefits or Medical Assistance **only**, you need to bring **only** one form for each eligibility factor checked.

Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide

Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:	Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:
<input type="checkbox"/> Citizenship or Current Alien Status Status – U.S. citizens are eligible for Temporary Assistance, food stamps and medical assistance. Aliens must be in satisfactory immigration status in order to be eligible for Temporary Assistance, food stamps and medical assistance. Immigration status is not an eligibility factor for pregnant women or immigrant children applying for Child Health Plus B. Undocumented immigrants and temporary nonimmigrants are eligible only for the treatment of an emergency medical condition.	<ul style="list-style-type: none"> • Birth certificate • Baptismal certificate/records • Hospital records • U.S. passport • Military service records • Naturalization certificate • USCIS documentation • Evidence of continuous U.S. residence since prior to 1/1/72 	<input type="checkbox"/> Unearned Income (continued) <input type="checkbox"/> Veterans' Benefits <input type="checkbox"/> Workers' Compensation <input type="checkbox"/> Education Grants and Loans <input type="checkbox"/> Interest/Dividends/Royalties <input type="checkbox"/> Private Pension/Annuity <input type="checkbox"/> Other Unearned Income _____ _____	<ul style="list-style-type: none"> • Veterans Administration official correspondence • Current award certificate/letter • Current benefit check <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Award certificate/letter • Check stub <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Statement from school • Statement from bank • Statement from agency administering grant/award letter <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Statement from bank or credit union • Statement from broker/financial institution/agent <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Current award letter • Current benefit check • Official correspondence from source of income • Contact with source of income • Current contribution check <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Earned Income From employer	<ul style="list-style-type: none"> • Current wage stubs and statements of tips • Pay envelopes • Contact with employer • On letterhead, rate of pay per hour, hours worked per week; date of first pay, if new; and employer's phone number 	<input type="checkbox"/> From self-employment	<ul style="list-style-type: none"> • Business records • Tax records • Records and related materials concerning self-employment earnings and expenses • Current income tax return
<input type="checkbox"/> From self-employment	<ul style="list-style-type: none"> • Business records • Tax records • Records and related materials concerning self-employment earnings and expenses • Current income tax return 	<input type="checkbox"/> Income from rent or room/board	<ul style="list-style-type: none"> • Current contribution check • Statement from roomer, boarder, tenant • Income tax records
<input type="checkbox"/> Unearned Income <input type="checkbox"/> Child Support <input type="checkbox"/> Unemployment Insurance Benefits (UIB) <input type="checkbox"/> Social Security benefits (including SSI)	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from Family Court • Statement from person paying support • Check stubs • Official correspondence from the Child Support Enforcement Unit <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Current award certificate • Official correspondence with New York State Department of Labor <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Current award certificate/letter • Current benefit check • Official correspondence from SSA 	<input type="checkbox"/> Resources (For Medical Assistance only, resource information is not requested from pregnant women, children under the age of 19 and persons eligible for Family Health Plus.) <input type="checkbox"/> Bank Accounts: Checking, Savings, Retirement (IRA and Keogh), Credit Union <input type="checkbox"/> Stocks, Bonds, Certificates and Mutual Funds <input type="checkbox"/> Life Insurance <input type="checkbox"/> Burial Trust or Fund, Burial Plot or Funeral Agreement <input type="checkbox"/> Income Tax Refund or Earned Income Tax Credit (EITC) <input type="checkbox"/> Real Estate other than Residence	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from household • Statement from nursing home <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Current bank records • Current credit union records <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Stock/bond certificate • Statement from financial institution <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Insurance policy • Statement from insurance company <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Bank records • Burial agreement • Burial plot deed • Statement from funeral director <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Refund or EITC check • Statement from tax office <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Deed • Statement from real estate broker • Broker's appraisal/estimate of current value by broker

SAMPLE

Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide

Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:	Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:
<input type="checkbox"/> Resources (continued) <input type="checkbox"/> Motor Vehicle <input type="checkbox"/> Lump Sum Payment <input type="checkbox"/> Other Resources	<ul style="list-style-type: none"> • Registration (older models) • Title of ownership • Appraisal of current value by dealer • Financing data 	<input type="checkbox"/> Unpaid Bills Rent, Utility	<ul style="list-style-type: none"> • Copy of each bill showing amount owed, period of services and provider
	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from the source of payment • Lump sum check 	<input type="checkbox"/> Referral Drug/Alcohol Treatment Program <input type="checkbox"/> Employment Service	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from provider of treatment • Statement from employment service
	<ul style="list-style-type: none"> • Household statement of current value • Sales slips • Insurance appraisal 	<input type="checkbox"/> Other Expenses/Dependent Care Cost You must provide proof if you pay court-ordered support, child care, recurring loans or for the services of a home health aide or attendant.	<ul style="list-style-type: none"> • Court order • Statement from day care center or other child care provider • Statement from aide or attendant • Canceled checks or receipts
<input type="checkbox"/> Shelter Expenses You must prove how much it costs you to live where you do (You may need to provide separate documentation for each item of shelter expense.) Medical Assistance does not require documentation of shelter expenses.	<ul style="list-style-type: none"> • Current rent receipt/lease/mortgage book/records • Property and school tax records • Landlord statement • Sewer and water bills • Garbage/trash collection bills or receipts • Homeowner's insurance records • Fuel bills/shut-off notice • Nonheating utility bills • Telephone bills (or a statement from the household that the expense is incurred) 	<input type="checkbox"/> School Attendance You must prove who is in school.	<ul style="list-style-type: none"> • School records (current report card) • Statement from school or higher education institution
<input type="checkbox"/> Medical Expenses For FS, for aged/disabled individuals only	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from provider of health insurance premiums • Copies of medical bills (paid and unpaid) • Medicare prescription drug card 	<input type="checkbox"/> Past Management (For Safety Net Assistance) <input type="checkbox"/> Earned Income <input type="checkbox"/> Other (For public assistance only)	<ul style="list-style-type: none"> • Letter from employer giving dates of employment, amount earned and reason(s) for leaving If you were not supporting yourself from employment/earned income, please bring verification of how you were able to support yourself in the past such as: <ul style="list-style-type: none"> • Bankbook/bank statement • Verification of expiration of benefits (workers' compensation, disability, Social Security, UIB, etc.) • Statement from person(s) who provided support
<input type="checkbox"/> Health Insurance If you or anyone applying has health insurance coverage (even if paid for by someone else), you must prove this.	<ul style="list-style-type: none"> • Insurance policy/card • Statement from provider of coverage • Medicare card • Separation or divorce agreement with court-ordered health coverage 		
<input type="checkbox"/> Disabled/Incapacitated/Pregnant If you or anyone living with you is sick or pregnant, you must provide proof. (For MA only, resource information is not requested from pregnant women, children and persons eligible for Family Health Plus)	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from doctor, clinic or hospital verifying pregnancy, expected date of birth • Statement from medical professional • Proof of SSA/SSI benefits for disability/blindness 	<input type="checkbox"/> Potential Benefits	Statement from person(s) who provided support <ul style="list-style-type: none"> • If you or anyone in the household has applied for and been denied or has been accepted for benefits from any of the following sources, bring the award letter, check or other correspondence: Social Security, court payments, SSI, veteran's benefits, workers' compensation, union benefits, pension, military allotment, railroad retirement, NYS disability or other source
		<input type="checkbox"/> Other	



Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea: UNO de los siguientes ▼ ○	DOS* de los siguientes:	Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea: UNO de los siguientes ▼ ○	DOS* de los siguientes:
<input type="checkbox"/> Identidad Usted tiene que establecer la identidad de cada persona listada.	<ul style="list-style-type: none"> Identificación con foto Licencia de conducir Pasaporte de EE.UU. Certificado de Naturalización Expedientes Hospitalarios/Médicos Documentos de adopción 	<ul style="list-style-type: none"> Declaración por parte de otra persona Acta de nacimiento/bautismo Número de Seguro Social con validación 	<input type="checkbox"/> Ausencia/Muerte del Padre o de la Madre Si el padre o la madre o ambos de cualquier niño(a) en su hogar no vive con usted, tiene que probarlo. (No se requiere para Cupones para Alimentos)	<ul style="list-style-type: none"> Certificado de defunción Expedientes de beneficios de sobrevivientes Expedientes hospitalarios Expedientes militares o de la Administración de Veteranos (VA) Documentos de divorcio Prueba de nuevo matrimonio 	<ul style="list-style-type: none"> Anuncio del periódico Expedientes de la compañía de seguros Expedientes institucionales Expedientes de caso de la Agencia y de pagos de entierro Declaración por parte de otra persona
<input type="checkbox"/> Estado Civil Usted tiene que probar si está casado(a), divorciado(a), separado(a), o enviudado(a). (No se requiere para Cupones para Alimentos)	<ul style="list-style-type: none"> Certificado de Defunción/Matrimonio Acuerdo de separación Sentencia de divorcio Registros de Seguro Social Registros de la Administración de Veteranos (VA) 	<ul style="list-style-type: none"> Declaración por parte de un clérigo Expedientes de censo Anuncio del periódico Declaración por parte de otra persona 	<input type="checkbox"/> Información Respecto al Padre o Madre Ausente Si el padre o la madre de cualquier niño(a) en su hogar no vive con usted, usted tendrá que proporcionar la información que tenga acerca de esas personas: nombre, dirección, número de Seguro Social, fecha de nacimiento, empleo. (No se requiere para Cupones para Alimentos)	<ul style="list-style-type: none"> Talones de paga Declaración de impuestos Documentos de Seguro Social o de la Administración de Veteranos (Veteran's Administration – VA) Cartas de determinación monetaria Tarjetas de Identificación (seguro médico) Licencia de conducir o matrícula 	No corresponde
<input type="checkbox"/> Parentesco Si usted es familiar de un niño en el hogar, tiene que probar el parentesco.	<ul style="list-style-type: none"> Acta de nacimiento (versión larga) Documentos/registros de adopción Actas judiciales Expedientes médicos 	<ul style="list-style-type: none"> Declaración del solicitante Anuncio del periódico Declaración de un clérigo Declaración por parte de otra persona 			
<input type="checkbox"/> Domicilio Usted tiene que comprobar su domicilio (si corresponde).	<ul style="list-style-type: none"> Declaración del casero/inquilino principal Recibo actual de alquiler o contrato del mismo Documentos hipotecarios 	<ul style="list-style-type: none"> Declaración por parte de otra persona Correspondencia actual Expedientes escolares 			
<input type="checkbox"/> Miembros/Tamaño del Hogar Usted tiene que probar quién está viviendo con usted.	<ul style="list-style-type: none"> Declaración del casero que no es pariente Expedientes escolares 	<ul style="list-style-type: none"> Declaración por parte de otras personas 	<input type="checkbox"/> Número de Seguro Social Para Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos y sólo Asistencia Médica, usted no tiene que proporcionar prueba de su Número de Seguro Social, a menos que el Número de Seguro Social que proporcione no corresponda con los expedientes de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration – SSA) o no pueda ser verificado por la agencia.	<ul style="list-style-type: none"> Tarjeta de Seguro Social Correspondencia oficial de parte de la SSA 	No corresponde
<input type="checkbox"/> Edad Usted tiene que probar la edad de cada persona que solicite asistencia, cuando corresponda.	<ul style="list-style-type: none"> Acta de nacimiento Certificado/documentos de bautismo Expedientes hospitalarios Documentos/registros de adopción Certificado de naturalización Licencia de conducir 	<ul style="list-style-type: none"> Póliza de seguro Expedientes del censo Expedientes escolares Declaración por parte de otra persona Declaración de médico Correspondencia oficial por parte de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration – SSA) 	El número de Seguro Social no se requiere a extranjeros que soliciten Asistencia Médica sólo para emergencia o sean solicitantes embarazadas de sólo Asistencia Médica.		

* Si usted está solicitando **sólo** Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, tiene que traer **sólo** un documento para cada factor de elegibilidad marcado.

Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:	Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:
<input type="checkbox"/> Ciudadanía o Estado Actual de Extranjero Estado – Los ciudadanos de EE.UU. tienen derecho a Asistencia Temporal, cupones para alimentos, y asistencia médica. Los extranjeros deben tener un estado satisfactorio de inmigrante para ser elegible para Asistencia Temporal, cupones para alimentos y asistencia médica. El estado migratorio no se toma en cuenta en casos de mujeres embarazadas o niños inmigrantes que estén solicitando Child Health Plus B. Los inmigrantes indocumentados y los no inmigrantes temporarios sólo tienen derecho a tratamiento en casos de emergencias médicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento • Certificado/documentos de bautismo • Expedientes hospitalarios • Pasaporte de EE.UU. • Expedientes de servicio militar • Certificado de naturalización • Documentación de USCIS • Prueba de residencia continua en EE.UU. desde antes de 1/1/72 	<input type="checkbox"/> Ingreso No Salarial (continuación) <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Subsidios y Préstamos Educativos <input type="checkbox"/> Intereses/Dividendos/Regalías <input type="checkbox"/> Pensión/Añualidad Privada <input type="checkbox"/> Otros Ingresos no Salariales	<ul style="list-style-type: none"> • Correspondencia oficial de la Administración de Veteranos • Carta/certificado de asignación actual • Cheque de beneficio actual <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Carta/certificado de asignación actual • Talón de paga <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte de la escuela • Declaración por parte del banco • Declaración de la agencia que administra subsidio/carta de beneficio <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración del banco o cooperativa • Declaración del corredor de bolsa/institución financiera <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Carta de beneficio actual • Cheque de beneficio actual • Correspondencia oficial por parte de la fuente de ingreso • Contacto con la fuente de ingreso • Cheque de contribución actual <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Ingreso Salarial <input type="checkbox"/> De parte del empleador <input type="checkbox"/> De empleo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler o por servicios a huéspedes	<ul style="list-style-type: none"> • Talones salariales actuales y declaración de propinas • Sobres de paga • Contacto con el empleador • En carta con membrete, paga por hora; número de horas trabajadas por semana; fecha del primer pago, si el trabajo es nuevo; y número de teléfono del empleador <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Registros comerciales • Expedientes de impuestos • Toda documentación o material relacionado con las ganancias y gastos de trabajo por cuenta propia • Declaración actual de impuestos • Cheque de contribución actual • Declaración del inquilino o huésped • Expedientes de impuestos 	<input type="checkbox"/> Recursos (Para sólo Asistencia Médica, información respecto a recursos no se requiere para embarazadas, niños menores de 19 años de edad y personas elegibles para Family Health Plus.) <input type="checkbox"/> Cuentas bancarias: Corriente, de Ahorros, Retiro (IRA y Keogh), Cooperativa de Crédito <input type="checkbox"/> Acciones, Bonos, Certificados y Fondos de Inversión <input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Fideicomiso o Fondo de Entierro, Terreno de Entierro o Acuerdo Funerario <input type="checkbox"/> Reembolso o Crédito de Impuestos (Earned Income Tax Credit – EITC) <input type="checkbox"/> Bienes Raíces aparte del Domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte del hogar • Declaración por parte del hogar para ancianos <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Registros bancarios actuales • Registros actuales de cooperativa de crédito <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de acciones/bonos • Declaración de institución financiera <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Póliza de seguro • Declaración de la compañía de seguros <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Expedientes bancarios • Acuerdo de entierro • Escritura de terreno de entierro • Declaración del director funerario <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Cheque de reembolso o EITC • Declaración de la agencia de impuestos <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Escritura • Declaración del agente de bienes raíces • Tasación/estimación del valor actual por parte del agente
<input type="checkbox"/> Ingreso No Salarial <input type="checkbox"/> Manutención de Niños <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits – UIB) <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social (incluyendo SSI)	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte del Tribunal Familiar • Declaración por parte de la persona que proporciona manutención • Talones de paga • Correspondencia oficial de parte de Unidad de Aplicación de Manutención de Niños <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de asignación actual • Correspondencia oficial del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Certificado/carta de asignación actual • Cheque de beneficios actuales • Correspondencia oficial de parte de SSA 		

SAMPLE

Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:	Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:
<input type="checkbox"/> Recursos (continuación) <input type="checkbox"/> Vehículo Motor <input type="checkbox"/> Pago de Suma Total <input type="checkbox"/> Otros Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Matrícula (modelos viejos) • Título • Tasación de valor actual del distribuidor • Datos de financiamiento <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración de la fuente de pago • Cheque de pago total <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración del hogar de valor actual • Recibos de ventas • Tasación del seguro 	<input type="checkbox"/> Cuentas por Pagar Alquiler, servicios de electricidad y/o gas	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de cada cuenta en que figure la cantidad que debe, período de servicio y proveedor del mismo
		<input type="checkbox"/> Envío Programa de Tratamiento de Drogadicción/Alcoholismo	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte del proveedor de Tratamiento
		<input type="checkbox"/> Servicio de Empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte del servicio de empleo
		<input type="checkbox"/> Otros Gastos/Costo del Cuidado de Dependientes Si usted paga manutención de niños por decreto judicial, cuidado infantil, deudas recurrentes, o para los servicios de un ayudante de salud doméstico, tiene que proporcionar prueba de dichos pagos.	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto judicial • Declaración por parte de la guardería de niños u otro proveedor de cuidado • Declaración por parte del ayudante de salud • Cheques o recibos cancelados
<input type="checkbox"/> Gastos de Alojamiento Usted tiene que probar cuánto le cuesta vivir en su domicilio. (Puede ser que tenga que proporcionar documentación por separado para cada partida de los gastos de alojamiento.) La Asistencia Médica no requiere documentación de gastos de alojamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Recibo/contrato de alquiler, documentos hipotecarios actuales • Registros de propiedad y registros de Impuestos escolares • Declaración del casero • Cuentas de alcantarilla y de agua • Recibos o cuentas de recogida de basura • Expedientes de seguro de propietario o vivienda • Facturas de combustible/aviso de desconexión • Facturas de electricidad y/o gas no usados para calefacción • Cuentas de teléfono (o una declaración del hogar respecto al gasto incurrido) 	<input type="checkbox"/> Asistencia Escolar Usted tiene que probar quién asiste a la escuela	<ul style="list-style-type: none"> • Registros escolares (libreta de notas actual) • La declaración por parte de la escuela o universidad
		<input type="checkbox"/> Administración Previa (Para Asistencia Red de Seguridad [Safety Net Assistance])	<ul style="list-style-type: none"> • Carta por parte del empleador con fechas de empleo, sueldo y razón(es) por haber dejado el trabajo
		<input type="checkbox"/> Ingreso salarial <input type="checkbox"/> Otro (Sólo para asistencia pública)	<p>Si usted no se estaba manteniendo con empleo/ingreso salarial, favor de traer comprobantes de cómo pudo mantenerse en el pasado, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talón/estado de cuenta • Comprobante de vencimiento de Beneficios (compensación de trabajadores, seguro de incapacitados, Seguro Social, UIB, etc.) • Declaración por parte de persona(s) que brindaba(n) apoyo económico
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Para FS, sólo para ancianos/incapacitados	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte de quien paga cuotas de gastos médicos • Copias de cuentas médicas (pagadas o por pagar) • Tarjeta para recetas de Medicare 	<input type="checkbox"/> Posibles Beneficios	<p>Declaración por parte de la(s) persona(s) que brindaba(n) apoyo económico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted o alguien en el hogar ha solicitado y ha recibido o se le ha negado beneficios de cualquiera de las fuentes a continuación, traiga la carta de asignación, cheque u otra correspondencia: Seguro Social, pagos del tribunal, SSI, beneficios de veteranos, compensación laboral, beneficios de sindicato, pensión, asignación militar, retiro ferroviario, beneficios para incapacitados del estado de Nueva York u otra fuente
<input type="checkbox"/> Seguro Médico Si usted o cualquier otro solicitante tiene cobertura médica (aún si pagada por otra persona), tiene que probarlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta/póliza de seguros • Declaración por parte de quien provee cobertura • Tarjeta para recetas de Medicare • Acuerdo de separación o divorcio con cobertura médica por decreto judicial 	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Incapacitado(a)/Embarazada Si usted o cualquier persona que viva con usted está enfermo(a) o embarazada, tiene que proporcionar prueba de ello. (Sólo para MA, no se requiere información sobre recursos por parte de mujeres embarazadas, niños y personas elegibles para Family Health Plus)	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del médico, clínica u hospital que compruebe embarazo, fecha de nacimiento proyectada • Declaración de profesional médico • Prueba de SSA/SSI por incapacidad/ceguera 		