

**SOLICITUD PARA BENEFICIOS CONDICIONALES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI) DESPUÉS DE LA NATURALIZACIÓN QUIENES ESPERAN UNA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA INGRESOS SUPLEMENTALES DE SEGURIDAD/PAGOS SUPLEMENTARIOS DEL ESTADO (SSI/SSP)**

NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
--------	-------------------------

Entiendo que en la fecha en que recibí mi naturalización, dejé de ser elegible para los beneficios de CAPI. Sin embargo, acepto recibir beneficios condicionales de CAPI mientras se determina mi elegibilidad para Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP).

También entiendo que para continuar recibiendo estos beneficios, yo o mi representante autorizado tenemos que comunicarnos (por teléfono, por correo, o en persona) con la oficina de la Administración del Seguro Social (SSA) lo más pronto posible, pero no más de 30 días después de la fecha de este documento, para solicitar el SSI/SSP y cumplir plenamente con el proceso de la solicitud para el SSI/SSP y el proceso de apelación, el cual incluye cumplir con cualquier petición de la SSA para información y/o documentos dentro del plazo apropiado.

Entiendo que estos beneficios se terminarán si, por cualquier otra razón, dejo de ser elegible para CAPI antes del proceso de la solicitud para el SSI/SSP y que se complete el proceso de apelación, o si en cualquier momento, no cumplo plenamente con el proceso de la solicitud para el SSI/SSP y el proceso de apelación.

Reconozco que no puedo recibir pagos en duplicado y que tendré que reembolsar los pagos de CAPI para los meses en que yo también reciba pagos de SSI/SSP. También entiendo que si dejo de ser elegible para CAPI antes del proceso de la solicitud para el SSI/SSP y el proceso de apelación debido a que no cumplí con el proceso de la solicitud del SSI/SSP y el proceso de apelación, tendré que devolver todos los pagos provenientes de CAPI a partir de esta fecha.

SU FIRMA	FECHA
TESTIGO, SI ES QUE FIRMÓ CON UNA "X"	FECHA

FIRMA DEL INTÉRPRETE O PERSONA QUE HAYA COMPLETADO EL FORMULARIO A NOMBRE DE USTED	FECHA
--	-------

RELACIÓN/PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	NÚMERO DE TELÉFONO (     )
--	-------------------------------