# REALIDADES QUE DEBE SABER SOBRE LA SOLICITUD DE AYUDA TEMPORAL EN EFECTIVO, EL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (ANTERIORMENTE CONOCIDO COMO CUPONES DE ALIMENTACIÓN) Y LA ASISTENCIA MÉDICA

## Números de seguro social

- Debe proveernos un número de seguro social de cada miembro de la familia que desee los beneficios.
- Si una persona que desea beneficios no cuenta con un número de seguro social, esa persona debe solicitar un número. Podemos ayudar a los solicitantes a obtener sus números.
- Si un miembro de la familia ha solicitado un número de seguro social, no demoraremos su solicitud mientras usted aguarda el número.
- Utilizamos los números de seguro social para probar ingresos. No proveemos estos números a otras agencias como Migraciones y Naturalización.

## Estado de ciudadanía e inmigración

- Debe informarnos acerca del estado de ciudadanía e inmigratorio de cada miembro de la familia que desee beneficios.

## Información

- Si un miembro de la familia no nos informa sobre so estado de ciudadanía o inmigratorio o su número de seguro social, no obtendrá beneficios.
- Aun en ese caso deben darnos pruebas de ingreso, gastos y otras cosas.
- Los otros miembros de la familia que provean esta información, recibirán beneficios si cumplen las normas.

## Asistencia médica de emergencia

- Los inmigrantes que no sean elegibles para otros tipos de asistencia médica y soliciten solamente la asistencia médica en caso de emergencia no tienen que informarnos su número de seguro social ni su estado de ciudadanía o inmigratorio.

## Límites de tiempo

- La Asistencia Provisional en Efectivo tiene límites de tiempo.
- El programa complementario de alimentos (anteriormente, cupones de alimentos) y la Asistencia Médica no tienen límite de tiempo.
- Cuando la Asistencia Provisional en Efectivo finaliza debido al límite de tiempo, ingresos o por algún otro motivo, usted puede continuar recibiendo los beneficios complementarios de alimentos y la Asistencia médica.

## Entrevistas

- Usted, un familiar responsable o alguien que elija para representarlo deben concurrir a la oficina para una entrevista.
- Si tiene problemas graves o si se encuentra trabajando y no puede concurrir a nuestra oficina para una entrevista, podemos realizar la misma por teléfono.
- Debe darnos o enviarnos los comprobantes que le solicitemos durante la entrevista.

**SI necesita ayuda:**

**Para solicitar los beneficios o**
**Desea realizar consultas acerca de la información que debe proveernos**
**Desea saber qué sucederá con sus beneficios**
**No habla ingles y desea servicios de traducción gratuitos**
**Comuníquese con su gestor de casos al 1-800-332-6347**

**Si necesita ayuda para llenar el formulario por favor comuníquese al 1-800-332-6347**.

| Fecha de Ingreso (Para uso de la Agencia) |
|---|
| |

# DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE MARYLAND
# ADMINISTRACIÓN DE INVERSIONES FAMILIARES
# SOLICITUD PARA ASISTENCIA

| Su nombre (Apellido, Nombres) | Teléfono (Casa) | | Teléfono (Trabajo) | |
|---|---|---|---|---|
| ¿Dónde vive? (Número y calle) | # de Dep.. | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Dirección permanente (si es otra) | | | Teléfono celular | |

**¿Qué idioma habla?** □ Inglés □ Español □ Otro _____

**Si no habla inglés y requiere servicios gratuitos de traducción, llame a su gestor de caso o al 1-800-332-6347.**

**¿Qué tipo de asistencia requiere ahora? (Marque todos los servicios que requiere)**

□ Asistencia en Efectivo □ Servicios de Cuidado Infantil □ Cupones de alimentos

□ Asistencia Médica - ¿Tiene cuentas médicas pendientes con fecha de los últimos 3 meses? □ Sí □ No

**¿Tiene alguno de los siguientes problemas?**

□ Servicios cortados □ Desahucio o juicio hipotecario □ Sin techo □ Sin calefacción □ Sin alimentos □ No puede costear el cuidado infantil □ otro:_____

**¿Está usted o alguien de su hogar embarazada?** □ Sí □ No En caso afirmativo, ¿quién?_____Fecha del parto_____

**¿Tienen discapacidades usted u otro miembro del hogar?** □ Sí □ No En caso afirmativo, ¿quién?_____ ¿Cuál discapacidad?_____

| **¿Qué tipo de asistencia reciben ahora o han recibido anteriormente usted u otro miembro del hogar? (Marque "Ahora" si actualmente recibe esta forma de asistencia**) | | **¿Bajo qué nombre?** |
|---|---|---|
| Ahora | 1. | 1. |
| Ahora | 2. | 2. |
| Ahora | 3. | 3. |

**En caso de solicitar el Programa de Cupones de alimentos** puede completar este formulario y devolvérnoslo ahora mismo.

También puede completar su nombre y dirección, firmar la hoja y entregárnosla. Puede completar el resto en casa después y traerlo a esta oficina o enviarlo por correo. Sus beneficios de cupones de alimentos dependen de la fecha en que usted firma esta solicitud y la entrega al Departamento de Servicios Sociales.

Puede recibir cupones de alimentos de inmediato si cumple con una de las siguientes condiciones:

- La renta o hipoteca mensual de su hogar y el costo de servicios equivalen a más que sus ingresos y recursos mensuales.
- Los ingresos mensuales totales de su hogar son menos de $150 dólares y sus recursos, tales como cuentas de banco, suman $100 dólares o menos.
- Su hogar consiste en trabajadores migrantes o de cosechas temporales.

Si no califica para recibir Cupones de alimentos de inmediato, procederemos con su solicitud no más de 7 días después de la fecha en que usted firme el formulario. No recibirá beneficios expedidos de Cupones de alimentos, en caso de ser elegible, hasta que recibamos el formulario de solicitud completado y le entrevistemos.

| **SU FIRMA** | **FECHA** |
|---|---|

**Sigue en la pág. 2** ➡ ➡ ➡ ➡

**FOR AGENCY USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)**

| LDSS Office | Programs applied for or receiving | AU ID #s |
|---|---|---|
| Case Manager's Name | | |
| Application/Redetermination Date | | MA #s |

**EXPEDITED SERVICES FOR FSP BENEFITS (NO ESCRIBIR EN ESTE ÁREA . SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA)**

Applicants who meet the standards below are eligible to receive Food Supplement benefits within 7 days. The customer must be interviewed, either in person or by telephone, in order to determine eligibility for expedited service. The application must be complete, signed, and identity verified before expedited benefits can be issued.

1. Is the total household income this month, before deductions, less than $150 AND household cash/savings $100 or less? □ **Sí** □ **No**

   Estimated self-reported income for this month = $_____ Household's monthly rent or mortgage amount = $_____

   Household cash and savings for all members = $_____ Appropriate utility standard (SUA, LUA or actual) = $_____

   **A. Total income and liquid resources** = $_____ **B. Total shelter costs** = $_____

2. Is the total amount for **B. (Total shelter costs)** greater than the total for **A. (Total income and liquid resources)**? □ **Sí** □ **No**
3. Are the household members destitute migrant or seasonal farm workers whose cash and savings are $100 or less? □ **Sí** □ **No**

   **If the answer to any of the above questions is sí, this household is potentially eligible for Expedited FSP.**

4. If there is another reason why this household should NOT be expedited, list it here: _____

I certify that I screened this applicant for expedited Food Supplement benefits and determined that the household □ **was** □ **was not** eligible for expedited issuance at this time.

| **Signature of Case Manager** | **Date** |
|---|---|
| | |

## A. MIEMBROS DEL HOGAR

*Escriba los nombres de* ***todos los que viven con usted*** *usando los espacios en blanco. Ponga su nombre primero. El número de Seguro Social y nacionalidad son opcionales para los miembros que no están solicitando beneficios.* Use los códigos a continuación para completar las columnas de ciudadanía, raza y etnicidad. Ingrese cada código que aplique, usando al menos un código por persona.

**Códigos de etnicidad:** 1= Hispano o Latino, 2=No hispano/Latino

**Código de raza: puede elegir uno o más códigos -** 1=Indio americano/Nativo de Alaska, 2=Asiático, 3=Negro/Afroamericano, 4=Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico, 5=Blanco

**Código de ciudadanía/inmigración:** 1=Ciudadano de EE.UU., 2=Residente permanente, 3=Asilado, 4=Extranjero con ingreso condicional, 5=Libertad condicional 1 año o más, 6=Extranjero cuya deportación está retenida, 7=Refugiado, 8=cónyuge, hijo, o padre de hijo(s) extranjeros maltratados

**Nota: Usted no tiene que dar información acerca de su raza o etnicidad. Si lo hace, ayudará a demostrar que cumplimos la Ley de Derechos Civiles. No usaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no nos indica su raza, esto no afectará su solicitud. El gerente de caso le asignará un código racial sólo para fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite pedir esta información.**

Conteste las preguntas **debajo para cada persona que ↓ desea recibir beneficios ↓**

| SOLICITA ASISTENCIA (Sí o No) | NOMBRE (Apellido Paterno, Nombres)) | Qué parentesco tiene con usted? | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO | ETNICIDAD | RAZA | ASISTE LA ESCUELA (Sí o No) | NIVEL ESCOLAR COMLETADO | CIUDADANO DE LOS EE.UU. (Sí o No) | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

¿Alguno(s) de los miembros del hogar pagan renta o son huéspedes? □ Sí □ No En caso afirmativo, ¿quién(es)?_____

## B. CIUDADANÍA/ ESTADO DE INMIGRACIÓN

Si una de las personas para quienes solicita asistencia no es un ciudadano de los Estados Unidos, debe llenar esta sección. SOLO DEBE RESPONDER A ESTAS PREGUNTAS PARA AQUELLAS PERSONAS QUE DESEAN BENEFICIOS. **Si no es elegible para otros tipos de Asistencia Médica y está solicitando únicamente Asistencia Médica para Emergencias, no tiene que completar esta sección**.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Miembro del hogar | INS Status | ¿Inmigrante patrocinado? □ Sí □ No | País de origen |
| | Fecha de entrada en los EE.UU.: | Número INS: | |
| Miembro del hogar | Situación migratoria | ¿Inmigrante patrocinado? □ Sí □ No | País de origen |
| | Fecha de entrada en los EE.UU.: | Número INS: | |
| Miembro del hogar | Situación migratoria | ¿Inmigrante patrocinado? □ Sí □ No | País de origen |
| | Fecha de entrada en los EE.UU.: | Número INS: | |
| Miembro del hogar | Situación migratoria | ¿Inmigrante patrocinado? □ Sí □ No | País de origen |
| | Fecha de entrada en los EE.UU.: | Número INS: | |
| Miembro del hogar | Situación migratoria | ¿Inmigrante patrocinado? □ Sí □ No | País de origen |
| | Fecha de entrada en los EE.UU.: | INS Número: | |

## C. REPRESENTANTE AUTORIZADO:

Puede elegir a una persona que solicite asistencia de su parte. También puede elegir a una persona que reciba beneficios con su
Tarjeta de Independencia. Esta persona puede utilizar sus beneficios de la misma manera en que usted lo hace. Si elige a alguien para
ayudarle, debe proporcionarnos los siguientes datos sobre esta persona y marcar qué es lo que quiere que haga.

| Nombre (Apellido paterno, nombres) | Parentesco | Número de teléfono | |
|---|---|---|---|
| Número, calle | Ciudad | Estado | Código postal |

Marque qué quiere que haga su representante:
□ Completar la entrevista de su parte □ Utilizar su Tarjeta de Independencia (efectivo) □ Recibir sus avisos
□ Firmar su solicitud □ Utilizar sus beneficios de Cupones de alimentos □ Recibir su tarjeta de Asistencia Médica

## D. ESTUDIANTES

¿Algún miembro del hogar entre las edades de 18 y 50 años asiste a una escuela de educación superior (universidad, escuela vocacional o instituto técnico)?
□ Sí □ No Nombre del estudiante _____
Escuela_____
¿Tiene empleo el estudiante? □ Sí □ No
¿Recibe el estudiante becas o préstamos? □ Sí □ No Cantidad $_____
Costo de matrícula $_____ Libros $_____ Gastos $_____ Transporte $_____

## E. RECURSOS/ACTIVOS

¿Posee alguien en el hogar cualquier recurso o activo tal como una cuenta de cheques o de ahorros, acciones, bonos, efectivo, propiedades aparte de su vivienda, plan de entierro prepagado, fondo fiduciario, fondo de ahorros para la jubilación o cuenta KEOGH? □ Sí □ No En el caso afirmativo, favor de completar la siguiente lista:

| NOMBRE DEL DUEÑO (Especificar si trabaja por cuenta propia) | TIPO DE RECURSO / ACTIVO | SALDO/VALOR | UBICACIÓN (Nombre del banco, en el hogar, etc.) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## F. TRASLADO DE ACTIVOS

¿Alguien en su hogar ha vendido, intercambiado o regalado propiedades, bonos, acciones, efectivo u otros activos durante los últimos 36 meses? (60 meses para aquellos casos en que existe un fondo fiduciario)

| Dueño anterior | Fecha de transferencia | ¿Quién recibió el activo? | Tipo de activo |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Valor justo de venta $ | Cantidad recibida $ | Razón para la transferencia |
|---|---|---|
| | | |

## G. INGRESOS PERCIBIDOS

¿Alguien en su hogar recibe ingresos por empleo? □ Sí □ No En caso afirmativo, haga una lista de todos los ingresos brutos **previos a cualquier deducción** (tal como un empleo de tiempo completo o de medio tiempo, trabajo por su propia cuenta, cuidado infantil, trabajos eventuales, trabajo de jornalero, pagos de inquilinos o invitados, etc.)

| NOMBRE | NOMBRE DEL EMPLEADOR (INCLUYA DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO) | TASA DE PAGO | NÚMERO DE HORAS DE TRABAJO | CANTIDAD PERCIBIDA EN CADA PERIODO DE PAGO | FRECUENCIA CON QUE SE PERCIBE |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## H. CUIDADO DE DEPENDIENTES

Si alguien en su hogar le paga a otra persona por el cuidado de un niño o un adulto discapacitado, favor de llenar esta sección:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del proveedor de este servicio | Teléfono | Nombre del proveedor de este servicio | Teléfono |
| Número Calle | | Número Calle | |
| Ciudad Estado Código postal | | Ciudad Estado Código postal | |
| Miembro del hogar que recibe este servicio | ¿Menor de 2 años?□ Sí □ No | Miembro del hogar que recibe este servicio | ¿Menor de 2 años?□ Sí □ No |
| ¿Quién paga? | Costo $ | ¿Quién paga? | Costo $ |
| Miembro del hogar que recibe este servicio | ¿Menor de 2 años?□ Sí □ No | Miembro del hogar que recibe este servicio | ¿Menor de 2 años?□ Sí □ No |
| ¿Quién paga? | Costo $ | ¿Quién paga? | Costo $ |

## I. SUBSIDIO DE MENORES / PENSIÓN ALIMENTICIA

¿Paga algún miembro del hogar asistencia infantil ordenada por la corte a un miembro **QUE NO VIVE EN EL HOGAR**?
□ Sí □ No En caso afirmativo, ¿quién? (Incluye pagos actuales y atrasados, seguros médicos)

| NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL DEPENDIENTE | CANTIDAD PAGADA | PERSONA O AGENCIA QUE RECIBE EL PAGO | FRECUENCIA DEL PAGO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## J. OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS

Si alguien en su hogar recibe, aplicó para o le fue negado cualquiera de los beneficios que se encuentran abajo, marque el cuadro que
se encuentra al lado

□ Asistencia de divorcio/separación □ Asistencia infantil □ Seguro social □ Ingreso adicional de seguro social (SSI)
□ Jubilación para ferroviarios □ Pensión/beneficios para veteranos □ Subsidios por desempleo □ Becas académicas
□ Compensación laboral □ Pensión o jubilación □ Beneficios sindicales □ Subsidios por enfermedad/discapacidad o maternidad
□ Asignación militar □ Dinero de ingresos de renta □ Compensación para mineros □ Dinero de amigos o parientes
□ Anualidades/mensualidades en efectivo □ Anualidad de Servicios Civiles □ Asistencia Provisional en Efectivo □ Asistencia Provisional para Emergencias, Vivienda o Medicinas (TDAP)
□ Discapacidad del seguro social □ Dividendos de los intereses generados por acciones, bonos, ahorros u otras inversiones
□ Otros _____

¿Está conforme con solicitar todos los beneficios para los cuales puede ser elegible? □ Sí □ No

**Si marcó que SÍ recibe**, solicitó o le fueron negados beneficios de cualquier tipo, favor de completar los siguientes datos:

| MIEMBRO DEL HOGAR | TIPO DE BENEFICIO | Solicitó | | NÚMERO DE SOLICITUD | Recibió | | Cantidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | sí | no | | sí | no | |
| | | sí | no | | sí | no | |
| | | sí | no | | sí | no | |
| | | sí | no | | sí | no | |
| | | sí | no | | sí | no | |

## K. COSTOS DE REFUGIO – Complete si está aplicando para el Programa Provisional de Beneficios Alimenticios

¿Algún miembro del hogar está pagando por alguna de las siguientes? Marque todas las pagadas y responda las preguntas.

| √ | Gastos | Cantidad | ¿Con qué frecuencia? | ¿Quién paga? | √ | Gastos | Cantidad | ¿Con qué frecuencia? | ¿Quién paga? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alquiler | | | | | Agua | | | |
| | Hipoteca | | | | | Cloaca | | | |
| | Eléctricidad | | | | | Residuos | | | |
| | Gas | | | | | Madera/carbón | | | |
| | Combustible | | | | | Impuesto a la propiedad | | | |
| | Cargos de coop./condo/ asociaciones | | | | | Seguro para propietarios de vivienda | | | |
| | Teléfono | | | | | Otro | | | |

**Usted vive en:** □ Viviendas sociales □ Vivienda de Sección 8 □ Vivienda FMHA 515 □ Vivienda privada

¿Se incluye la calefacción en su renta? □ Sí □ No ¿Paga una cuenta de luz para la electricidad o la cocina?□ Sí □ No

Si no se incluye la calefacción en la renta, ¿cuál es su fuente de calefacción? _____

¿Paga por el aire condicionado? □ Sí □ No

¿Alguien le ayuda con el costo de sus servicios básicos? □ Sí □ No En caso afirmativo, ¿quién?_____

¿Comparte alguno de los costos de vivienda mencionados arriba? □ Sí □ No En caso afirmativo, ¿con quién? _____

¿Cuánto paga usted?_____

¿Ha recibido Asistencia de Energía en su dirección actual durante los últimos 12 meses? □ Sí □ No

## L. GASTOS MÉDICOS . Llene la sección adecuada en caso de solicitar Asistencia Médica o Cupones de alimentos

**Asistencia Médica .** ¿Paga usted o algún miembro del hogar gastos médicos? □ Sí □ No En caso afirmativo, marque el cuadro que mejor describe su situación

**Cupones de alimentos .** ¿Paga gastos médicos usted o algún miembro del hogar por cualquier persona que tenga 60 años o más, o para alguna persona que recibe beneficios de discapacidad? □ Sí □ No En caso afirmativo, marque el cuadro que mejor describe su situación y ponga la cantidad mensual que paga.

**DEBE HABLAR SOBRE ESTOS GASTOS CON SU GERENTE DE CASO.**

□ Seguro médico/Medicare $_____ □ Seguro médico/dental $_____ Otros _____

□ Dispositivos dentales/anteojos/auditivos $_____ □ Costos de transporte $_____ _____

□ Hospital $_____ □ Enfermería $_____ _____

□ Cuidado asistencial $_____ □ Gasto de farmacia $_____ _____

## M. AVERIGUACIÓN SOBRE LA DECLARACIÓN DEL HOGAR . Completar en caso de solicitar Asistencia Provisional en Efectivo o Cupones de alimentos

1. ¿Algún miembro de su hogar ha sido convicto de un delito mayor relacionado con la droga cometido el 22 de agosto de 1996 o en una fecha más reciente?
   □ SÍ □ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____
2. ¿Alguien en su hogar se encuentra ahora en violación de su libertad condicional o está huyendo de la policía o las cortes?
   □ SÍ □ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____
3. ¿Alguien en su hogar ha sido convicto desde el 22 de agosto de 1996 en una Corte Federal o Estatal por no decir la verdad sobre su vivienda o su identidad con el propósito de recibir beneficios de Cupones de alimentos o asistencia de más de un lugar en el mismo mes?
   □ SÍ □ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____
4. ¿Algún miembro de su hogar fue encontrado culpable por la corte de traficar beneficios de Cupones para Alimentos con un valor de $500 o más?
   □ SÍ □ NO En caso afirmativo, ¿quién?_____
5. ¿Alguien en su hogar recibe beneficios bajo otra identidad o como miembro de otro hogar o en otro estado?
   □ SÍ □ NO En caso afirmativo, ¿quién?_____

**N. SEGURO MÉDICO.** Llenar si solicita Asistencia Médica o Asistencia Provisional en Efectivo

1. Alguno de los solicitantes ha discontinuado su cobertura por seguros médicos durante los últimos seis meses?
□ SÍ □ NO
2. ¿Tiene alguno de los solicitantes cualquier tipo de seguro médico? □ SÍ □ NO Si respondió que "Sí" a la pregunta número 2, llenar la siguiente sección.

**PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO NÚMERO 1**

| NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA | NÚMERO DE PÓLIZA | NÚMERO DE GRUPO |
|---|---|---|
| | | |

| MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTOS POR LA PÓLIZA | PARENTESCO DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA | MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTOS POR LA PÓLIZA | PARENTESCO DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

| Número | Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

ASOCIACIÓN/COMPAÑÍA ASEGURADORA

Nombre de la Compañía Aseguradora

| Número | Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO NÚMERO 2**

| NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA | NÚMERO DE PÓLIZA | NÚMERO DE GRUPO |
|---|---|---|
| | | |

| MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTOS POR LA PÓLIZA | PARENTESCO DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA | MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTOS POR LA PÓLIZA | PARENTESCO DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

| Número | Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

ASOCIACIÓN/COMPAÑÍA ASEGURADORA

Nombre de la Compañía Aseguradora

| Número | Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**0. SEGURO DE VIDA, PLANES FUNERARIOS O FONDOS DE ENTIERRO . Favor de llenar en caso de solicitar Asistencia Médica o Asistencia Provisional en Efectivo**

| NOMBRE DEL ASEGURADO | NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA | VALOR NOMINAL O VALOR DEL PLAN | VALOR EN EFECTIVO | NÚMERO DE POLIZA O NÚMERO DE CUENTA | NOMBRE DE LA COMPAÑÍA, FUNERARIA O BANCO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**UTILIZAR ESTE ESPACIO SI NECESITA PROPORCIONARNOS MÁS INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE ESTA SOLICITUD.**

**Si necesita más espacio, pida el Anexo para la Aplicación de Asistencia - 9701.**

**P. DATOS SOBRE LA ASISTENCIA DE MENORES .** Llenar esta sección en caso de solicitar ASISTENCIA PROVISIONAL EN EFECITIVO o ASISTENCIA MÉDICA para un menor de edad cuyos padres están ausentes o difuntos. Llenar una sección adicional para cada padre o madre ausente o difunto/a.

**#1 DATOS SOBRE PADRES AUSENTES (PA)**

| Nombre del Padre o Madre ausente (Apellido paterno y nombres | Parentesco del padre ausente con usted | Marque uno: □ Ausente □ Difunto |
|---|---|---|

| NOMBRE DEL MENOR DE EDAD | ESTADO MATRIMONIAL DE LOS PADRES CUANDO NACIÓ |
|---|---|
| | □ Casados □ Divorciados □ No se sabe □ Separados □ Nunca casados |
| | □ Casados □ Divorciados □ No se sabe □ Separados □ Nunca casados |
| | □ Casados □ Divorciados □ No se sabe □ Separados □ Nunca casados |
| | □ Casados □ Divorciados □ No se sabe □ Separados □ Nunca casados |

| Número de Seguro Social | Otro nombre | Fecha de nacimiento | Edad | Raza | Sexo □ Masculino □ Femenino |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Última dirección conocida del AP | Número | Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono |
| Dirección de los padres del PA | Número | Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono |

| Estado en que fue expedida su licencia de manejar | Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado) | |
|---|---|---|
| **Servicio en las Fuerzas Armadas Fechas:** De: A: | ¿Paga una asignación en las Fuerzas Armadas? □ Sí □ No En caso afirmativo, ¿a quién? | Cuerpo de las Fuerzas Armadas |
| Encarcelado/a □ Actualmente □ Anteriormente □ Nunca | Nombre de la Institución | |

**DATOS SOBRE LOS INGRESOS DEL PADRE O MADRE AUSENTE**

| | |
|---|---|
| Empleador conocido más reciente | Empleador conocido más reciente |
| Segundo empleador | Segundo empleador |

Otros Ingresos/Beneficios: □ Seguro Social □ Ingresos Adicionales de Seguro Social (SSI) □ Pensión de Veterano □ Desempleo □ Compensación Laboral □ Pensión/Jubilación □ Beneficios sindicales □ Otro, especifique_____

**DATOS SOBRE ORDENES JUDICIALES DE LOS PADRES AUSENTES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Paga Asistencia? □ SÍ □ NO | ¿Paga Asistencia? □ SÍ □ NO | ¿Paga Asistencia? □ SÍ □ NO | ¿Paga Asistencia? □ SÍ □ NO |
| ¿Hubo orden judicial?□ SÍ □ NO | ¿Hubo orden judicial?□ SÍ □ NO | | ¿Hubo orden judicial?□ SÍ □ NO |

**#2 DATOS SOBRE PADRES AUSENTES (PA)**

| Nombre del Padre o Madre ausente (Apellido paterno y nombres) | Parentesco del padre ausente con usted | Marque uno: □ Ausente □ Difunto |
|---|---|---|

| NOMBRE DEL MENOR DE EDAD | ESTADO MATRIMONIAL DE LOS PADRES CUANDO NACIÓ |
|---|---|
| | □ Casados □ Divorciados □ No se sabe □ Separados □ Nunca casados |
| | □ Casados □ Divorciados □ No se sabe □ Separados □ Nunca casados |
| | □ Casados □ Divorciados □ No se sabe □ Separados □ Nunca casados |
| | □ Casados □ Divorciados □ No se sabe □ Separados □ Nunca casados |

| Número de Seguro Social | Otro nombre | Fecha de nacimiento | Edad | Raza | Sex □ Male □ Female |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Última dirección conocida del AP | Número | Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono |
| Dirección de los padres del PA | Número | Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono |

| Estado en que fue expedida su licencia de manejar | Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado) | |
|---|---|---|
| **Servicio en las Fuerzas Armadas Fechas:** De: A: | ¿Paga una asignación en las Fuerzas Armadas? □ Sí □ No En caso afirmativo, ¿a quién? | Cuerpo de las Fuerzas Armadas |
| Encarcelado/a □ Actualmente □ Anteriormente □ Nunca | Nombre de la Institución | |

| DATOS SOBRE LOS INGRESOS DEL PADRE O MADRE AUSENTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Empleador conocido más reciente | Nombre y dirección: | Número | Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono |
| Segundo empleador | Nombre y dirección: | Número | Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono |
| Otros Ingresos/Beneficios: □ Seguro Social □ Ingresos Adicionales de Seguro Social (SSI) □ Pensión de Veterano □ Desempleo □ Compensación Laboral □ Pensión/Jubilación □ Beneficios sindicales □ Otro, especifique_____ | | | | | | | |

| DATOS SOBRE ORDENES JUDICIALES DE LOS PADRES AUSENTES | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Paga Asistencia? □ SÍ □ NO | ¿A quién? | Fecha del pago más reciente | Cantidad del pago |
| ¿Hubo orden judicial?□ SÍ □ NO | En caso afirmativo, ¿dónde se expidió la orden judicial? | | ¿Puede darnos una copia? □ SÍ □ NO |

## USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS

**DERECHO AL AVISO POR ESCRITO** – En cuanto se haya aprobado su caso, se le debe dar siempre un aviso por escrito que explique sus beneficios. También se le debe dar siempre un aviso por escrito cuando estos beneficios sean alterados, o cuando su caso sea rechazado o se cierre. Dispone de 90 días a partir de la fecha del aviso para solicitar una audiencia. Si solicita la audiencia dentro de 10 días, puede seguir recibiendo sus beneficios mientras la espera.

**DERECHO DE APELACIÓN** – Puede solicitar una audiencia si no está conforme con la decisión del Departamento. Su gestor de caso puede ayudarle a redactar la apelación. Durante la audiencia, puede hablar por cuenta propia o llevar un abogado, amigo, o pariente que hable por usted.

**IGUALDAD DE DERECHOS.** Las leyes federales y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) constatan que no podemos discriminarle por su raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Bajo la Ley de Alimentos y Nutrición y la política del USDA, tampoco podemos discriminarle por sus creencias políticas o religión.

**Si usted cree que nosotros le hemos discriminado, póngase en contacto con USDA o HHS. Escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410. También puede llamar sin cargo al 1-866-632-9992 (voz). Los usuarios de TDD pueden comunicarse con USDA por servicio de telefonía local o por servicio de telefonía federal al 1-800-877-8339 (TDD) o al 1-866-377-8642 (usuarios de voz). También puede escribir al HHS, Office for Civil Rights, Health and Human Services, 150 S. Independence Mall West – Suite 372, Philadelphia, PA 19106-3499. Puede llamar al HHS sin cargo al 1-800-368-1019 (voz) o al 1-800-537-7697 (TDD). También puede enviar un e-mail a OCRMail@hhs.gov. Como proveedores y empleadores, USDA y HHS ofrecen igualdad de derechos.**

**Para el Programa de Cupones de Alimentos, si usted necesita esta información en un formato distinto (Braille, letra grande, grabación sonora, etc.), comuníquese con el Centro TARGET de USDA al 202-720-2600 (voz o TDD). Si necesita información acerca de este programa, actividad o servicio en un idioma que no sea inglés, comuníquese con la agencia USDA responsable del programa o actividad, o con cualquier oficina de USDA.**

**DERECHO A LA PRIVACIDAD.** Con esta solicitud, usted nos está entregando datos personales. Utilizamos esta información para averiguar su elegibilidad en cuanto a posibles derechos. Si no nos da los datos necesarios, podemos rechazar su solicitud. Tiene el derecho de revisar, cambiar o corregir cualquier dato. No podemos mostrar sus datos a terceros o entregárselos, a menos que usted nos dé permiso o cuando las leyes estatales y federales nos lo permitan.

**DERECHO DE EXIGIR "BUENA CAUSA".** Si requiere Asistencia Provisional en Efectivo (TCA), debe ayudar al Departamento para que procure subsidio de menores. Es posible que no tenga que ayudarnos en caso de que corran peligro usted o su familia.

**DERECHO DE RECHAZAR AYUDA.** Usted no tiene que aceptar la ayuda de una organización religiosa si va en contra de sus creencias religiosas.

**DERECHO A UNA TRAMITACIÓN PUNTUAL DE SU SOLICITUD –** Si usted es elegible para los beneficios agilizados del Programa de Cupones de Alimentos, debemos otorgarle los beneficios dentro de 7 días. Para el Programa de Cupones de Alimentos regular y otros programas, excepto ciertos programas de Asistencia Médica, debemos procesar su solicitud dentro de 30 días. A veces hay un retraso en la tramitación. Si lo hay, le enviatremos una carta dándole a conocer por qué existe un retraso en la tramitación de su solicitud.

## USTED TIENE LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES

**ENTREGAR DATOS.** Debe entregarnos datos completos y fidedignos. Es posible que tenga que mostrar evidencia para respaldar esta información. Mantendremos la confidencialidad de sus datos. Todo retraso en entregar evidencia puede resultar en la postergación o denegación de su caso.

Estamos autorizados a recoger datos que incluyen el número de seguro social de cada miembro del hogar, para estas solicitudes por la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 ,U.S.C. 2011-2036, la Ley de Seguro Social §1137 (f) y 42 U.S.C. §1320b-7 (d). Utilizamos esta información para averiguar si su hogar es elegible o no. Revisamos esta información verificándola por medio de distintos programas de computadora.

También utilizamos esta información para averiguar si usted está cumpliendo con las reglas del programa. Podemos ponernos en contacto con su empleador, banco, o alguna otra persona. También podemos ponernos en contacto con las agencias locales, estatales o federales para confirmar que sus datos sean correctos. Podemos entregar sus datos a otras agencias federales o estatales para usos oficiales y también a aquellos oficiales de seguridad pública que los necesiten para encontrar a personas que huyen de la ley.

Si recibe demasiados beneficios:

- Es posible que tenga que reembolsar el dinero de los beneficios, y
- Podemos entregar los datos de su solicitud, los cuales incluyen los números de seguro social, a las agencias federales o estatales tanto como las agencias de recaudación de fondos para que éstas tomen las medidas necesarias.

Usted nos entrega esta información bajo su propia voluntad. Si no nos da ciertos datos, tales como los números de seguro social de todos los que desean asistencia, podemos negar beneficios a cada persona que no dé su número de seguro social. Si no tiene un número de seguro social, le ayudaremos a conseguir uno.

**INFORMAR SOBRE LOS CAMBIOS.** Debe informarnos sobre cualquier cambio dentro de los diez (10) días, a menos que tenga un empleo y forme parte del grupo de informes simplificados para Cupones de alimentos, siempre y cuando no reciba Asistencia Médica o Asistencia en Efectivo. Para saber si forma parte de este grupo o no, debe preguntar a su gerente de caso. Puede avisarnos sobre cualquier cambio en persona, por teléfono, o por correo, dirigiéndose al Departamento.

**AVISO – Podemos negar, reducir o descontinuar sus beneficios si nos proporciona información incorrecta o si no nos informa sobre cualquier cambio. Puede ser multado/a o encarcelado/a por un juez si nos entrega datos falsos o nos deja de informar sobre los cambios deliberadamente.**

**REPRESENTANTES AUTORIZADOS –** En la mayoría de los casos, si su representate autorizado nos entrega información incorrecta, usted tendrá que reembolsar la suma que se le pagó de más. Si su representante autorizado nos entrega información incorrecta a sabiendas o no utiliza sus beneficios de forma apropiada, podemos descalificar a esta persona.
Si un centro de rehabilitación de drogas o alcohol o un grupo de arreglo de alojamiento actúa como su representante autorizado para sus beneficios de alimentación y nos dan información incorrecta deliberadamente acerca de su situación, podemos procesar judicialmente a esta persona bajo la ley federal o estata.

## SANCIÓN DE CUPONES DE ALIMENTOS.

**Los miembros del hogar no pueden:**

- Dar datos falsos o retener información con el fin de obtener o seguir recibiendo cupones de alimentos
- Intercambiar o vender cupones de alimentos o tarjetas electrónicas de beneficios.
- Utilizar los cupones para alimentos para comprar bienes no permitidos, tales como alcohol y tabaco.
- Utilizar los beneficios de cupones de alimentos de otra persona.
- Utilizar la Tarjeta Electrónica de Beneficios de otra persona sin autorización previa.

Sus cupones de alimentos no aumentarán si su caso de asistencia en efectivo se limita o se cierra porque usted dejó de cumplir con las reglas.

Si un miembro del hogar viola las reglas deliberadamente, podemos excluir a esa persona del Programa de cupones para alimentos.

- Podemos excluir a dicha persona durante **un año** a partir de la primera violación.

- Podemos excluir a dicha persona durante **dos años**:
  * Después de la segunda violación, o
  * Después de la primera ocasión en que la corte encuentre a esa persona culpable de haber comprado drogas ilegales con sus Cupones de Alimentos.

- Podemos excluir a dicha persona **indefinidamente**:
  * Después de la tercera violación, o
  * Después de la segunda ocasión en que la corte encuentre a esa persona culpable de haber comprado drogas ilegales con los cupones de alimentos, o
  * Después de la primera ocasión en que la corte encuentre a esa persona culpable de haber comprado armas, balas o explosivos con los cupones de alimentos.
  * Después de que la corte encuentre a esta persona culpable de traficar con beneficios de cupones de alimentos de un valor igual o mayor a $500 dólares.

- Podemos excluir a dicha persona del programa durante un periodo de **diez (10) años** si se le encuentra culpable de haber hecho una afirmación falsa sobre su identidad para recibir múltiples beneficios de forma simultánea.

- **Un juez también puede multar a esta persona por una cantidad no mayor a $250 mil dólares, encarcelarla durante 20 años o menos, o ambas cosas. Un juez también puede excluir a esta persona del programa durante 18 meses adicionales. Es posible que la persona en cuestión tenga que enfrentar procesos adicionales bajo otras leyes federales.**

**SANCIÓN DE ASISTENCIA PROVISIONAL EN EFECTIVO (TCA). Si un miembro de una unidad de asistencia es convicto por una Infracción Intencional del Programa (IPV), todos los miembros de su familia perderán sus beneficios.**

- En la primera ocasión, perderá sus beneficios **durante 6 meses** o hasta que reembolse todo el dinero**.**
- En la segunda ocasión, perderá sus beneficios durante **12 meses** o hasta que reembolse todo el dinero**.**
- En la tercera ocasión**, ya no podrá recibir más beneficios TCA.**

***AVISO Y SANCIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA (MEDICAID). Solo en caso de ser elegible podrá utilizar tarjetas de Asistencia Médica.***

Cada persona convicta de un "Fraude de Asistencia Médica" en dinero, bienes, o servicios valorados en **$500** o más es culpable de un delito mayor, y debe:

1. Reembolsar los servicios, bienes, o dinero; o el valor de aquellos servicios o bienes que fueron recibidos ilegalmente;
2. Tendrá una multa no mayor a $10,000, cárcel durante no más de cinco años, o ambas cosas.

Cada persona convicta de un "Fraude de Asistencia Médica" en dinero, bienes, o servicios valorados en $500 dólares o menos es culpable de un delito menor, y debe:

1. Reembolsar los servicios, bienes, o dinero; o el valor de aquellos servicios o bienes que recibió ilegalmente; y
2. Sujetarse a una multa no mayor a $1,000, ser encarcelado durante no más de tres años, o ambas cosas.

**LEER ANTES DE FIRMAR:**

Comprendo que es importante dar información verídica y que, si no lo hago, estoy quebrantando la ley.

Comprendo que puedo ser multado/a, encarcelado/a o estar sujeto/a a una reducción de beneficios si hago declaraciones falsas o si pretendo ser otra persona.

También comprendo que puedo ser castigado/a en caso de no dar información sobre aquellos cambios que pueden afectar mi elegibilidad o la cantidad de mis beneficios.

Comprendo que si recibo más beneficios de cupones de alimentos de los que debo recibir, todos los miembros adultos de mi hogar tienen la obligación de reembolsar la deuda.

Comprendo que el Departamento puede utilizar esta solicitud en mi contra en la corte durante un proceso legal sobre un supuesto fraude.

Comprendo que dejar de verificar o informar sobre los gastos médicos, de vivienda, o para el mantenimiento de dependientes es equivalente a decir que no quiero la deducción que corresponde a aquellos gastos sobre los cuales no he verificado o informado.

Comprendo que el Departamento puede verificar la información contenida en este formulario para comprobar que es correcta y que puede seleccionar mi caso para llevar a cabo una comprobación en sitio, como por ejemplo un Informe de control de calidad.

Acepto que alguien del Departamento me visite en casa. Les ayudaré para que obtengan todas las pruebas necesarias de cualquier fuente.

Comprendo que al firmar esta solicitud:

- acepto la asistencia pública y/o médica.
- Acepto que la Parte B de la Asistencia Médica (Medicare Part B) pagará directamente a los médicos y proveedores de medicinas.
- Concedo al Departamento el derecho de procurar los pagos del seguro médico privado o público, o de cualquier otra parte responsable. Comprendo que debo cooperar con el Departamento en la procuración de estos pagos. El Departamento puede exigir pagos sin recurrir a las acciones legales, siempre y cuando no se quede con una cantidad mayor de la que haya pagado antes la Asistencia Médica (Medicaid).
- Concedo al Departamento el derecho de inspeccionar, revisar y fotocopiar todos los registros médicos para servicios que recibe a través del Programa de Asistencia Médica.

Comprendo que cuando una persona de 55 años o más muere mientras recibe Asistencia Médica, el estado puede apropiarse del dinero de su herencia para saldar los pagos hechos de parte de dicha persona. El programa puede apropiarse estos fondos solamente en caso de que no haya esposo/a, hijo/a menor de 21 años o hijo/a discapacitado o ciego/a (casado/a o soltero/a) de cualquier edad.

**SECCIÓN DE FIRMAS**

Comprendo que, según lo estipulado por la ley de Maryland, algunas agencias del orden público que investigan fraudes pueden obtener información acerca de mi solicitud, mis ingresos, beneficios y otra documentación como parte de su investigación. Aunque el acceso a mi solicitud y a la información de mis beneficios es, por lo general, limitado (según el Artículo § 1-201 del Código Md. Ann. Recursos Humanos), esos límites no aplican a estas agencias de investigación. Estas agencias incluyen la Oficina del Inspector General del Departamento de Recursos Humanos. Entiendo que no necesito dar mi consentimiento a estas agencias para que puedan investigar cualquier alegato de fraude en mi contra. Toda información que se encuentre como resultado de la investigación puede utilizarse en mi contra si es que el alegato de fraude prosigue judicialmente.

He leído esta solicitud completa, u otra persona la ha leído y me la ha explicado. Juro o declaro bajo pena de perjurio que toda la información que he dado es correcta, fidedigna y completa hasta el alcance de mis habilidades, creencias y conocimientos. He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades. Autorizo a cualquier persona, sociedad, empresa, asociación o agencia de gobierno que conozca hechos acerca de mi eligibilidad para entregarlos al Departamento. También autorizo al Departamento para que se ponga en contacto con cualquier persona, sociedad, empresa, asociación o agencia de gobierno que haya dado pruebas de mi elegibilidad en cuanto a estos beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio, que al firmar mi nombre y apellido aquí abajo, todas las personas de cuya parte solicito esta ayuda son ciudadanos de los Estados Unidos o inmigrantes cuya estancia en este país es legal.

| | | |
|---|---|---|
| Firma del Aplicante / Recipiente | | Fecha |
| Firma del Testigo (En caso de que haya firmado con .X.) | | Fecha |
| Firma del Esposo/a (Si corresponde) | | Fecha |

| | | |
|---|---|---|
| Firma de Representante Autorizado (Si corresponde) | | Fecha |
| Firma del Gerente de Caso | | Fecha |
| **Retiro mi solicitud para: □ Asistencia en Efectivo □ Programa de cupones para alimentos □ Asistencia Médica** | | |
| Firma del Aplicante/Recipiente/Representante Autorizado | | Fecha |

**ASIGNACIÓN DE DERECHOS DE APOYO PARA ASISTENCIA PROVISIONAL EN FECTIVO (TCA)**

- Asigno al Estado de Maryland cualquier derecho, título o interés relacionado con la asistencia, que disponga de mi cuenta o de la de cualquier otra persona que recibe la Asistencia Provisional en Efectivo (TCA).
- Esto incluye cualquier pago retrasado para el mantenimiento de dependientes que no se haya recaudado.
- Acepto que la agencia para el mantenimiento de dependientes recaude cualquier asistencia que se me debe y retenga una cantidad no mayor a la de la Asistencia Provisional en Efectivo (TCA) que se me pagó.
- Acepto enviar al Estado de Maryland cualquier asistencia que reciba. Si no entrego dicha asistencia, tendré que reembolsar esa cantidad al Estado de Maryland. En tal caso, puedo ser procesado/a por fraude.

En caso de ser elegible para la Asistencia Médica:

- Asigno todos los derechos, títulos e intereses relacionados con los pagos para el apoyo médico y seguro de salud de que disponga de mi cuenta o cualquier otra persona que reciba Asistencia Médica. Esto incluye aquellos pagos de apoyo médico o seguro de salud retrasados que no hayan sido recaudados.
- Acepto permitir que la agencia de apoyo infantil recaude los pagos de asistencia médica que se me deben y retenga hasta la misma cantidad de aquellos pagos de Asistencia Médica que hicieron de mi parte.
- Acepto darle al Estado de Maryland cualquier pago de apoyo médico o de seguro de salud que reciba.
- Colaboraré lo mejor que pueda y hasta el alcance de mi conocimiento con la agencia de apoyo infantil mientras esté recibiendo la Asistencia Provisional en Efectivo (TCA) y la Asistencia Médica (Medicaid)
- Si no coopero con la agencia de asistencia infantil, es posible que pierda todos mis beneficios y que se cierre mi caso

**HE LEIDO ESTAS AFIRMACIONES U OTRA PERSONA ME LAS HA LEIDO. COMPRENDO SU SIGNIFICADO. AL FIRMAR ABAJO, ME COMPROMETO A SEGUIR TODO LO QUE DICEN.**

| **Firma** | **Fecha** |
|---|---|
| | |