



Solicitud de asistencia Administración de Inversiones Familiares Departamento de Servicios Humanos de Maryland

Fecha de recepción (solo para uso de la agencia)

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Teléfono del hogar		Teléfono laboral	
¿Cuál es su dirección? (Número y calle)	Dpto. N°	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a la del hogar)			Teléfono celular	

¿Qué idioma habla? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____
Si no habla inglés y necesita servicios de traducción gratuitos, llame a su gestor de casos o al 1-800-332-6347.
¿Qué tipo de asistencia necesita ahora? (Marque todas las que necesite)
☐ Asistencia en efectivo ☐ Servicios de cuidado infantil ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés)
☐ Asistencia Médica - ¿Tiene alguna factura médica sin pagar desde los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene algunos de estos problemas?
☐ Corte de servicios públicos ☐ Desalojo o ejecución hipotecaria ☐ Sin alojamiento ☐ Sin calefacción ☐ Sin alimentos ☐ No puede costear el cuidado de los hijos ☐ Otros: _____
¿Está usted o alguien de su hogar embarazada? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿quién? _____ Fecha de parto _____
¿Tiene usted o alguien de su hogar alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿quién? _____
¿Qué discapacidad? _____

¿Qué tipo de asistencia recibe usted o algún miembro de su hogar ahora o recibió en el pasado? (Marque Ahora si recibe actualmente esta asistencia)		¿A nombre de quién?
Ahora	1.	1.
Ahora	2.	2.
Ahora	3.	3.

Si solicita el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), puede completar todo el formulario y entregárnoslo ahora. También puede completar su nombre, dirección, firmar esta página y entregárnosla. Puede terminar el resto de la solicitud luego en su hogar y traerla o enviarla por correo a la oficina. Su beneficio del SNAP depende de la fecha en la que firme esta solicitud y la entregue al Departamento de Servicios Sociales. Puede recibir sus beneficios de SNAP de inmediato si cumple con uno de los requisitos a continuación:

- El alquiler mensual o la hipoteca y los servicios públicos de su unidad familiar son superiores a sus ingresos y recursos.
- Los ingresos brutos mensuales de su unidad familiar son inferiores a \$150 y sus recursos, como cuentas bancarias, son de \$100 o inferiores.
- Su unidad familiar es un hogar de trabajadores agrícolas migrantes o de temporada.

Si reúne los requisitos para recibir los beneficios del SNAP de inmediato, los recibirá en un plazo de 7 días a partir de la fecha en que firme el formulario; sin embargo, es posible que no reciba los beneficios rápidos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, si es elegible, hasta que recibamos el formulario de solicitud completo y lo entrevistemos.

SU FIRMA	FECHA
----------	-------

Diríjase a la página 2

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA

Oficina del Departamento Local de Servicios Sociales	Programas solicitados/que recibe	Nº. de identificación de la unidad de asistencia
Nombre del gestor de casos		
Fecha de solicitud/predeterminación		Nº. de Asistencia Médica

SERVICIOS RÁPIDOS PARA LOS BENEFICIOS DE SNAP (LOS USUARIOS NO DEBEN ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO - ES SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)

Los solicitantes que cumplan con los requisitos a continuación califican para recibir los beneficios de SNAP dentro de los 7 días. Se debe entrevistar a los usuarios, ya sea en persona o por teléfono, para determinar la elegibilidad para recibir servicios rápidos. Se debe completar y firmar la solicitud, y se debe verificar la identidad de la solicitud antes de que se emitan los beneficios rápidos.

1. ¿El ingreso total de la unidad familiar de este mes, antes de las deducciones, es inferior a \$150 Y el efectivo o ahorro de la unidad familiar es de \$100 o inferior?

☐ Sí ☐ No

Ingresos estimados de este mes declarados por el propio interesado = \$ _____ Importe mensual del alquiler o de la hipoteca del hogar = \$ _____

Efectivo y ahorros del hogar de todos los miembros de la unidad familiar = \$ _____ Estándar de servicio adecuado (Asignación para servicios estándar,

Asignación para servicios limitada o real) = \$ _____

A. Total de ingresos y recursos líquidos = \$ _____

B. Total de gastos de vivienda = \$ _____

2. ¿El monto total de B. (Total de gastos de vivienda) es mayor que el total de A. (Total de ingresos y recursos líquidos)? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Los miembros de la unidad familiar son trabajadores migrantes indigentes o trabajadores de temporada cuyo efectivo y ahorros son de \$100 o inferiores?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es sí, esta unidad familiar puede ser elegible para recibir servicios del SNAP rápidos.

4. Si existe otro motivo por el que esta unidad familiar NO debería recibir servicios rápidos, explíquelo aquí: _____

Certifico que he evaluado a este solicitante para recibir beneficios rápidos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y he determinado que la unidad familiar ☐ es

☐ no es elegible para recibir servicios rápidos en este momento.

Firma del gestor de casos	Fecha
---------------------------	-------

A. MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR

Rellene los espacios en blanco con todas las personas que viven con usted. Escriba primero su nombre. El número de Seguro Social y la ciudadanía son opcionales para los miembros que no soliciten los beneficios. Utilice los códigos a continuación para completar las casillas de ciudadanía, raza y etnia. Ingrese el código que corresponda, con al menos uno de los códigos para cada persona.

Códigos de etnia: 1 = Soy hispano o latino, 2 = No soy hispano ni latino

Códigos de raza: puede escoger uno o más códigos de raza - 1 = Nativo americano/nativo de Alaska, 2 = Asiático, 3 = Afroamericano, 4 = Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico, 5 = Blanco

Código de Ciudadanía/Inmigración: 1=Ciudadano de los Estados Unidos, 2=Residente permanente, 3=Asilado, 4=Extranjero con entrada condicional, 5=Permitido en libertad condicional durante 1 año o más, 6=Extranjero cuya deportación está suspendida, 7=Refugiado, 8=Esposo, hijo o padre de hijo(s) extranjero(s) maltratado(s)

Nota: No está obligado a informar sobre su raza o etnia. Si informa su raza o etnia, servirá para mostrar cómo respetamos la Ley Federal de Derechos Civiles. No utilizaremos esta información para determinar su elegibilidad. Si no quiere informar su raza o etnia, esto no afectará su solicitud.

El gestor de casos indicará un código de raza solo para fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar esta información.

Responda solo a las preguntas siguientes por cada persona↓ que desee recibir beneficios ↓

SOLICITA (Sí o No)	NOMBRE Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	¿Qué relación tienen con usted?	FECHA DE NACI- MIENTO	SEXO	ETNIA	RAZA	ESTÁ EN LA ESCUELA (Sí o No)	ÚLTIMO GRADO FINALIZADO	CIUDADANÍA NO ESTADO UNIDENS	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
		Yo								

¿Alguno de los miembros de la unidad familiar es inquilino o pensionista? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿quién? _____

B. CIUDADANÍA Y CONDICIÓN MIGRATORIA

Si la persona por la que presenta la solicitud no es ciudadana de Estados Unidos, rellene esta sección. RESPONDA SOLO A LAS PREGUNTAS SIGUIENTES POR CADA PERSONA QUE DESEE RECIBIR BENEFICIOS. Si no elegible para otro tipo de Asistencia.

Miembro de la unidad familiar	Condición del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, en inglés)	¿Es inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de ingreso a los Estados Unidos:	Número de INS:	
Miembro de la unidad familiar	Condición del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, en inglés)	¿Es inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de ingreso a los Estados Unidos:	Número de INS:	
Miembro de la unidad familiar	Condición del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, en inglés)	¿Es inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de ingreso a los Estados Unidos:	Número de INS:	
Miembro de la unidad familiar	Condición del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, en inglés)	¿Es inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de ingreso a los Estados Unidos:	Número de INS:	
Miembro de la unidad familiar	Condición del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, en inglés)	¿Es inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de ingreso a los Estados Unidos:	Número de INS:	

C. REPRESENTANTE AUTORIZADO:

Puede elegir una persona para que presente la solicitud por usted. También puede elegir a una persona para que reciba sus beneficios a través de su tarjeta *Independence Card*. Esta persona puede utilizar sus beneficios del mismo modo que usted. Si elige a alguien para que lo ayude, proporciónenos la siguiente información sobre la persona y marque lo que usted quiere que esta persona haga.

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Relación	Número de teléfono	
Número, calle	Ciudad	Estado	Código postal

Marque lo que desea que el representante haga:

- ☐ Completar la entrevista por usted ☐ Usar su *Independence Card* (efectivo) ☐ Recibir sus notificaciones
☐ Firmar su solicitud ☐ Usar sus beneficios de SNAP ☐ Recibir su tarjeta de Asistencia médica

D. ESTUDIANTES

¿Algún miembro de la unidad familiar de entre 18 y 50 años asiste a un centro de enseñanza superior (universidad, escuela profesional o técnica)?

☐ Sí ☐ No Nombre del estudiante _____

Escuela _____

¿El estudiante trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿El estudiante está recibiendo subvenciones, becas o préstamos educativos? ☐ Sí ☐ No Monto \$ _____

Importe de la matrícula \$ _____ Libros \$ _____ Cuota \$ _____ Transporte \$ _____

E. RECURSOS/ACTIVOS

¿Algún miembro de su unidad familiar dispone de recursos o activos como una cuenta corriente o de ahorros, acciones, bonos, dinero en efectivo, propiedades distintas de donde vive, plan de entierro prepago, fondo fiduciario, cuenta IRA o KEOGH? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indíquelo a continuación:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (Especifique si es trabajador autónomo)	TIPO DE RECURSO/ACTIVO	SALDO/VALOR	UBICACIÓN (Nombre del banco, en el hogar, etc.)

F. TRANSFERENCIA DE ACTIVOS

¿Algún miembro de su hogar ha vendido, intercambiado o regalado propiedades, acciones, bonos, dinero en efectivo u otros activos en los últimos 36 meses (60 meses si se trata de un fideicomiso)?

Propietario anterior	Fecha de transferencia	¿Quién ha recibido el activo?	Tipo de activo
Valor justo del mercado \$	Monto recibido \$	Motivo de la transferencia	

G. INGRESOS PERCIBIDOS

¿Algún miembro de su hogar percibe ingresos por un empleo? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumere todos los ingresos brutos **antes de deducciones** (como empleo a tiempo completo o parcial, trabajo autónomo, cuidado de niños, trabajos esporádicos, trabajo por días, pagos de inquilinos o pensionistas etc.).

NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR (INCLUYA LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO)	SALARIO	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS	MONTO POR PERÍODO DE PAGO	FRECUENCIA DE RECEPCIÓN

H. CUIDADO DE DEPENDIENTES							
Si un miembro de su unidad familiar le paga a alguien para que cuide a un niño o a un adulto discapacitado, rellene esta sección:							
Nombre del proveedor de atención		Teléfono		Nombre del proveedor de atención		Teléfono	
Número de		Calle		Numero de		Calle	
Ciudad		Estado		Código postal		Ciudad	
Estado		Código postal		Estado		Código Postal	
Miembro de la unidad familiar que recibe atención		¿Es menor a 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Miembro de la unidad familiar que recibe atención		¿Es menor a 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Quién paga?		Costo \$		¿Quién paga?		Costo \$	
Miembro de la unidad familiar que recibe atención		¿Es menor a 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Miembro de la unidad familiar que recibe atención		¿Es menor a 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Quién paga?		Costo \$		¿Quién paga?		Costo \$	
I. GASTOS DE MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS/PENSIÓN ALIMENTICIA							
¿Algún miembro del hogar paga manutención de los hijos por orden judicial a un NO MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿quién? (incluya pagos actuales, pagos atrasados, seguro médico)							
NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL DEPENDIENTE		MONTO QUE PAGA		PERSONA O AGENCIA A LA QUE SE LE PAGA		FRECUENCIA CON QUE SE LES PAGA	
J. OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS							
Si alguno de los miembros de su unidad familiar percibe, ha solicitado o se le ha denegado alguna de los beneficios enumerados a continuación, marque la casilla correspondiente.							
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Jubilación ferroviaria <input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores <input type="checkbox"/> Asignación militar <input type="checkbox"/> Cantidades de dinero en efectivo en un pago único <input type="checkbox"/> Ganancias de apuestas o lotería <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Pensión/Beneficios para veteranos <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación <input type="checkbox"/> Dinero procedente de los ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Anualidad de Servicio Civil <input type="checkbox"/> Intereses o dividendos de acciones, bonos, ahorros u otras inversiones		<input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo <input type="checkbox"/> Beneficios del sindicato <input type="checkbox"/> Beneficios por Neumoconiosis del minero <input type="checkbox"/> Asistencia temporal en efectivo <input type="checkbox"/> Seguro Social para personas discapacitadas.		<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Becas o préstamos educativos <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad, enfermedad o maternidad <input type="checkbox"/> Dinero por parte de amigos o familiares <input type="checkbox"/> TDAP	
¿Acepta solicitar todos los beneficios a los que pueda tener derecho? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si ha respondido afirmativamente a la pregunta de si recibe, solicita o se le deniega algún beneficio, rellene a continuación:							
MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR		TIPO DE BENEFICIO		Solicitado		NÚMERO DE RECLAMACIÓN	
				Sí No		Recibe	
				Sí No		Sí	
				Sí No		Sí	
				Sí No		Sí	
				Sí No		Sí	

K. COSTOS DE REFUGIO - Rellene si solicita beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

¿Hay alguien en su unidad familiar que pague alguna de las siguientes cosas? Marque todas las que paga y responda a las preguntas.

✓	Gastos	Monto	Frecuencia	¿Quién los paga?	✓	Gastos	Monto	Frecuencia	¿Quién los paga?
	Alquiler					Agua			
	Hipoteca					Alcantarillado			
	Electricidad					Basura			
	Gasolina					Madera/Carbón			
	Aceite					Impuestos de la propiedad			
	Tarifas asociadas por propiedad compartida/condominio					Seguro del propietario			
	Teléfono					Otro			

Usted vive en: ☐ Vivienda pública ☐ Vivienda de la Sección 8 ☐ Vivienda FMHA 515 ☐ Vivienda privada

¿Se incluye la calefacción en su alquiler? ☐ Sí ☐ No ¿Paga una factura de electricidad para la luz o para cocinar? ☐ Sí ☐ No Si la calefacción no está incluida en el alquiler, ¿cuál es su fuente de calefacción? _____

¿Paga por el aire acondicionado? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien le ayuda con sus gastos de servicios públicos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Está compartiendo alguno de los gastos de vivienda enumerados anteriormente? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿con quién? _____ ¿Cuánto es su parte? _____

Ha recibido Asistencia de Energía en su domicilio actual en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

L. GASTOS MÉDICOS – Rellene la sección correspondiente si solicita Asistencia Médica o beneficios SNAP

Asistencia Médica: ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar paga gastos médicos? ☐ Sí ☐ No

Beneficios SNAP: ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar paga los gastos médicos de alguna persona de 60 años o más, o de alguna persona que reciba beneficios por discapacidad? ☐ Sí ☐ No Enumere a continuación los gastos médicos mensuales que paga.

COMENTE ESTOS GASTOS CON SU GESTOR DE CASOS.

<input type="checkbox"/> Seguro médico/Medicare	\$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro médico/dental	\$ _____	Otros _____
<input type="checkbox"/> Prótesis dentales/gafas/audífonos	\$ _____	<input type="checkbox"/> Gastos de transporte	\$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Hospital	\$ _____	<input type="checkbox"/> Enfermería	\$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Servicios de asistencia	\$ _____	<input type="checkbox"/> Gastos de farmacia	\$ _____	_____

M. SOLICITUD DE DECLARACIÓN DEL HOGAR - Rellene si solicita Asistencia Temporal en Efectivo o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

1. ¿Algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado por alguno de los siguientes motivos?:

a. Un delito de narcotráfico a partir del 22 de agosto del 1996

(Narcotraficante: es un organizador, supervisor, financiero o gerente que actúa como co-conspirador en una conspiración para fabricar, distribuir, dispensar, transportar o introducir en el estado una sustancia peligrosa controlada).

☐ Sí ☐ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

b. Un delito grave de narcotraficante de volumen a partir del 22 de agosto de 1996

(Narcotraficante de volumen: persona que fabrica, distribuye, dispensa o posee determinadas cantidades de una sustancia peligrosa controlada).

☐ Sí ☐ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

2. ¿Algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado después del 7 de febrero de 2014 por abuso sexual con agravantes, asesinato, explotación sexual y otros abusos de menores, agresión sexual según la definición de la Ley de Violencia Contra las Mujeres de 1994, o una ley estatal similar y tampoco cumple las condiciones de su condena?

☐ Sí ☐ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

3. ¿Algún miembro de su hogar está infringiendo actualmente la libertad condicional o está huyendo de la policía o de los tribunales?

☐ Sí ☐ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

4. ¿Alguno de los miembros de su unidad familiar ha sido condenado desde el 22 de agosto de 1996 en un tribunal federal o estatal por no decir la verdad sobre su lugar de residencia o su identidad para recibir beneficios del programa SNAP o Asistencia en Efectivo de más de un lugar en el mismo mes?

☐ Sí ☐ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

5. ¿Ha condenado un tribunal a algún miembro de su unidad familiar por comerciar o traficar los beneficios del SNAP por valor de \$500 o más? ☐ Sí ☐ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

6. ¿Algún miembro de su unidad familiar recibe beneficios con otra identidad o como miembro de otra unidad familiar o en otro estado?

☐ Sí ☐ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

N. SEGURO MÉDICO – Rellene si solicita Asistencia Médica o Asistencia en Efectivo

1. ¿Alguno de los solicitantes ha abandonado la cobertura del seguro médico en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ NO
2. ¿Alguno de los solicitantes tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ NO Si su respuesta a la pregunta 2 es sí, rellene la siguiente sección.

PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO NÚMERO 1

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NÚMERO DE PÓLIZA		NÚMERO DE GRUPO	
MIEMBRO(S) DE LA UNIDAD FAMILIAR CUBIERTOS POR LA PÓLIZA		RELACIÓN DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA		MIEMBRO(S) DE LA UNIDAD FAMILIAR CUBIERTOS POR LA PÓLIZA	
DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA					
Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
ASEGURADORA/SINDICATO					
Nombre de la aseguradora					
Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO NÚMERO 2

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NÚMERO DE PÓLIZA		NÚMERO DE GRUPO	
MIEMBRO(S) DE LA UNIDAD FAMILIAR CUBIERTOS POR LA PÓLIZA	RELACIÓN DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA	MIEMBRO(S) DE LA UNIDAD FAMILIAR CUBIERTOS POR LA PÓLIZA	RELACIÓN DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA		
DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA					
Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
ASEGURADORA/SINDICATO					
Nombre de la aseguradora					
Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

O. SEGURO DE VIDA, PLANES FUNERARIOS o FONDOS PARA ENTIERROS – Rellene si solicita Asistencia Médica o Asistencia Temporal en Efectivo

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA	VALOR NOMINAL O VALOR DEL PLAN	VALOR EN EFECTIVO	NÚMERO DE PÓLIZA O NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DE LA EMPRESA, FUNERARIA O BANCO

UTILICE ESTE ESPACIO SI NECESITA DARNOS MÁS INFORMACIÓN SOBRE ALGUNA PREGUNTA DE LA SOLICITUD.

Si necesita más espacio, solicite el anexo 9701- Anexo de solicitud de ayuda.

P. INFORMACIÓN SOBRE LA MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS – Rellene esta sección si desea ASISTENCIA TEMPORAL EN EFECTIVO O ASISTENCIA MÉDICA para un hijo que tiene un progenitor ausente o fallecido. Rellene una sección distinta por cada progenitor ausente o fallecido.										
#1 INFORMACION DEL PROGENITOR AUSENTE (AP, EN INGLÉS)										
Nombre del progenitor ausente (primer nombre, segundo nombre, apellido)				Relación del progenitor ausente con usted.			Marque una opción: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Fallecido			
NOMBRE DEL MENOR			ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DEL MENOR AL NACER							
			<input type="checkbox"/> Casados		<input type="checkbox"/> Divorciados		<input type="checkbox"/> Desconoce		<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	
			<input type="checkbox"/> Casados		<input type="checkbox"/> Divorciados		<input type="checkbox"/> Desconoce		<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	
			<input type="checkbox"/> Casados		<input type="checkbox"/> Divorciados		<input type="checkbox"/> Desconoce		<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	
			<input type="checkbox"/> Casados		<input type="checkbox"/> Divorciados		<input type="checkbox"/> Desconoce		<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	
Número de Seguro Social		Otro nombre			Fecha de nacimiento		Edad		Raza Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Última dirección conocida del AP		Número Calle		Ciudad		Estado		Código postal		Teléfono
Dirección de los padres del AP		Número Calle		Ciudad		Estado		Código postal		Teléfono
Estado al que pertenece la licencia de conducir			Lugar de nacimiento (ciudad, estado)							
Servicio Militar Actual o Anterior Fechas: Desde: Hasta:			¿Pago de la asignación militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿a quién?					Sector militar		
Encarcelado <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Nunca					Nombre de la institución					
INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS DEL PROGENITOR AUSENTE										
Último empleador conocido		Nombre, dirección y teléfono								
Segundo empleador		Nombre, dirección y teléfono								
Otros ingresos/beneficios: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión para veteranos <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación <input type="checkbox"/> Beneficios del sindicato <input type="checkbox"/> Otro, indique: _____										
INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN JUDICIAL DEL PROGENITOR AUSENTE										
¿Paga la manutención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		¿A quién?				Última fecha de pago		Monto		
¿Por orden judicial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		En caso afirmativo, ¿dónde se emitió esta orden judicial?						¿Puede proporcionarnos una copia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
#2 INFORMACIÓN DEL PROGENITOR AUSENTE (AP, EN INGLÉS)										
Nombre del progenitor ausente (primer nombre, segundo nombre, apellido)				Relación del progenitor ausente con usted.			Marque una opción: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Fallecido			
NOMBRE DEL MENOR			ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DEL MENOR AL NACER							
			<input type="checkbox"/> Casados		<input type="checkbox"/> Divorciados		<input type="checkbox"/> Desconoce		<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	
			<input type="checkbox"/> Casados		<input type="checkbox"/> Divorciados		<input type="checkbox"/> Desconoce		<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	
			<input type="checkbox"/> Casados		<input type="checkbox"/> Divorciados		<input type="checkbox"/> Desconoce		<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	
			<input type="checkbox"/> Casados		<input type="checkbox"/> Divorciados		<input type="checkbox"/> Desconoce		<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	
Número de Seguro Social		Otro nombre			Fecha de nacimiento		Edad		Raza Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Última dirección conocida del AP		Número Calle		Ciudad		Estado		Código postal		Teléfono
Domicilio de los padres del AP		Número Calle		Ciudad		Estado		Código postal		Teléfono
Estado al que pertenece la licencia de conducir			Lugar de nacimiento (ciudad, estado)							
Servicio Militar Actual o Anterior Fechas: Desde: Hasta:			¿Pago de la asignación militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿a quién?					Sector militar		
Encarcelado <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Nunca					Nombre de la institución					
INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS DEL PROGENITOR AUSENTE										
Último empleador conocido		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: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión para veteranos <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación <input type="checkbox"/> Otro, indique: _____ <input type="checkbox"/> Beneficio del sindicato										
INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN JUDICIAL DEL PROGENITOR AUSENTE										
¿Paga la manutención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		¿A quién?				Última fecha de pago		Monto		
¿Por orden judicial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		En caso afirmativo, ¿dónde se emitió esta orden judicial?						¿Puede proporcionarnos una copia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		

Cesión de derechos de manutención para la Asistencia Temporal en Efectivo

- Cedo al estado de Maryland todos los derechos, títulos e intereses de manutención que pueda tener para mí o para cualquier persona que reciba Asistencia Temporal en Efectivo (TCA, por sus siglas en inglés), cobrados desde el momento en que firme este acuerdo hasta que finalice mi asistencia.
- Esto incluye cualquier manutención atrasada que no se haya cobrado durante el tiempo en que yo o cualquier persona hayamos recibido la TCA.
- Estoy de acuerdo en que la agencia de manutención infantil cobre la manutención que se me adeude y en mantener el importe de la TCA que se me abone.
- Acepto enviar al estado de Maryland cualquier manutención que reciba. Si no entrego esta manutención, tendré que devolver esta cantidad al estado de Maryland. También podría ser procesado por fraude.

Al ser elegible para la Asistencia Médica:

- cedo todos los derechos, títulos e intereses sobre la manutención médica y los pagos del seguro médico que pueda tener para mí o para cualquier persona que reciba Asistencia Médica. Esto incluye los pagos atrasados de la manutención médica o del seguro médico que no se hayan cobrado.
- Estoy de acuerdo en que la agencia de manutención infantil cobre los pagos de manutención médica que se me adeuden y en mantener al día el importe de los pagos de Asistencia Médica que se me hayan efectuado.
- Acepto entregar al estado de Maryland cualquier manutención médica o pago del seguro médico que reciba.
- Cooperaré en la medida de mis posibilidades y conocimientos con la agencia de manutención infantil mientras reciba TCA y Asistencia Médica.
- Si no coopero con la agencia de manutención infantil puedo perder todos mis beneficios y mi caso puede cerrarse.
- Entiendo que si tengo un hijo o hijos adicionales mientras recibo TCA o Asistencia Médica, estoy de acuerdo en que debo seguir todos los requisitos para ese(esos) hijo(s) o mi TCA o Asistencia Médica (MA, por sus siglas en inglés) puede cerrarse.

He leído estas declaraciones o alguien me las ha leído. Entiendo lo que quieren decir. Al firmar con mi nombre a continuación, me comprometo a cumplir lo establecido en el documento.

Firma:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta:	

Derechos y obligaciones

Lo que debe saber sobre la solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) (antes Programa de Alimentos Suplementarios)

Números de Seguro Social

- Debe facilitarnos un número de Seguro Social por cada miembro de la familia que desee recibir beneficios.
- Si una persona que desea recibir beneficios no tiene número de Seguro Social, debe solicitarlo. Podemos ayudar a los solicitantes a obtener sus números.
- Si un miembro de la familia ha solicitado un número de Seguro Social, no retrasaremos su solicitud mientras lo espera.
- Nosotros utilizamos los números de Seguro Social para demostrar los ingresos. No facilitamos estos números a otras agencias como el Servicio de Inmigración ni Control de Aduanas.

Ciudadanía y condición migratoria

- Debe informarnos sobre la ciudadanía y condición migratoria de cada miembro de la familia que desee recibir beneficios.
- Maryland utiliza el sistema de Certificación Sistemática de Extranjeros y Elegibilidad (SAVE, por sus siglas en inglés) a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés), anteriormente conocido como Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, por sus siglas en inglés), para verificar la condición de extranjero de todas las unidades familiares solicitantes y los beneficiarios que no sean ciudadanos. La información recibida del USCIS puede afectar la elegibilidad de su unidad familiar y el monto de los beneficios.

Información

- Si un miembro de la familia no nos notifica su ciudadanía, condición migratoria o número de Seguro Social, esa persona no recibirá beneficios.
- Aun así, deberá demostrar sus ingresos, gastos y otros datos.
- Los demás miembros de la familia que nos brinden su información recibirán beneficios si cumplen las normas.

Asistencia Médica de Urgencia

- Los inmigrantes que no sean elegibles para otro tipo de asistencia médica y soliciten únicamente asistencia médica de urgencia no tienen que indicarnos su número de Seguro Social ni su ciudadanía o condición migratoria.

Límites de tiempo

- La Asistencia Temporal en Efectivo tiene límite de tiempo.
- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (antes Programa de Alimentos Suplementarios) y la Asistencia Médica no tienen límite de tiempo.
- Cuando finalice la Asistencia Temporal en Efectivo debido al límite de tiempo, a los ingresos o a otro motivo, usted puede seguir recibiendo los beneficios del SNAP y la Asistencia Médica.

Entrevistas

- Usted, un familiar responsable o alguien que usted elija para que lo represente deben ser entrevistados.
- En la mayoría de los casos es posible que la entrevista sea por teléfono.
- En la entrevista, debe entregarnos o enviarnos las certificaciones que le pidamos.

Si necesita ayuda

Si necesita ayuda para solicitar beneficios, tiene alguna pregunta o necesita servicios de traducción, contáctese con su gestor de casos o llame al 1-800-332-6347.

Si necesita ayuda para llenar el formulario, llame al 1-800-332-6347.

La Administración de Inversión Familiar se compromete a proporcionar acceso y adaptaciones razonables en sus servicios, programas, actividades, educación y empleo a las personas con discapacidad. Si necesita ayuda o necesita solicitar una adaptación razonable, contáctese con su gestor de casos, llame al 1-800-332-6347 o rellene el formulario de la página siguiente.

Solicitud de adaptaciones razonables:

Si usted es una persona con una discapacidad, tiene derecho a una adaptación razonable que le ayude a acceder a las actividades, programas y servicios del Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés). Esto se aplica incluso si usted está trabajando con un departamento de servicios sociales local o un proveedor que preste servicios a los usuarios del DHS.

Una adaptación razonable es una modificación o ajuste a una actividad, programa o servicio que ayuda a una persona elegible con una discapacidad a tener un acceso significativo a las actividades, programas y servicios del DHS.

Ejemplos de adaptaciones razonables:

Discapacidad auditiva: intérprete de lengua de señas y dispositivo de asistencia auditiva.

Discapacidad visual: se hace que un lector calificado le lea al usuario.

Discapacidad motriz: se envían formularios por correo al usuario; la reunión con el usuario se lleva a cabo en un lugar más accesible.

Discapacidades del desarrollo: se ponen las cosas por escrito, se toman descansos, se programan citas en función de las necesidades médicas del usuario.

Puede solicitar una adaptación razonable al departamento de servicios sociales local o a un proveedor en cualquier momento. Su solicitud puede ser oral o escrita. Puede solicitar una adaptación razonable en persona, por escrito o por teléfono. No hay palabras específicas que deba utilizar para solicitar una adaptación. La solicitud puede hacerla usted mismo o alguien que lo ayude. Si necesita solicitar una adaptación razonable debido a su discapacidad, debe hablar con el gestor o supervisor de casos o el coordinador de acceso del usuario (CAC, en inglés) de su departamento local de servicios sociales. Puede preguntar al gestor de casos el nombre del coordinador de acceso del usuario de su departamento local de servicios sociales. Puede utilizar el formulario que figura en el reverso de esta notificación. También puede pedir más información en recepción.

1. Marque 7-1-1 u [800-735-2258](tel:800-735-2258) para iniciar una llamada de teletipo (TTY, en inglés) a través del servicio de retransmisión de Maryland.
2. El saludo mecanografiado del operador de retransmisión de Maryland, incluido el número de identificación del operador, aparecerá en su teletipo o teléfono de voz y visualización (VCO, en inglés).
3. Cuando el operador termine de marcar, verá las letras "GA". Esto significa que puede continuar.
4. Marque el número de la persona a la que desee llamar, junto con cualquier instrucción especial de llamada. Luego marque "GA".

Solicitud de adaptación razonable

Nombre de la persona que necesita una adaptación:	Nombre de la persona que solicita la adaptación:
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código postal:	Número de teléfono:
Naturaleza de la discapacidad o deficiencia (especifique):	
Ubicación del Departamento de Servicios Sociales local:	
Solicitud de adaptación (tipo de adaptación solicitada). Escriba a máquina o con letra de imprenta. Sea lo más específico posible. Si es necesario, adjunte páginas adicionales.	
Nota: Si solicita servicios de lengua de señas , especifique el tipo: intérprete de lengua de señas estadounidense (ASL, por sus siglas en inglés), intérprete certificado para personas sordas (CDI, por sus siglas en inglés), o traducción en tiempo real para el acceso a la comunicación (CART, por sus siglas en inglés). Proporcione cualquier información adicional que pueda ayudarnos a brindar una adaptación razonable (especifique):	
Firma del solicitante o usuario : _____ Fecha: _____	
Devuelva este formulario al gestor de casos o al coordinador de acceso del usuario de su departamento de servicios sociales local.	
<i>Para uso exclusivo de la oficina</i>	
Fecha de recepción de la solicitud: Medida tomada:	

Firma del CAC:	Fecha: _____

Derechos del usuario

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), creencia religiosa, discapacidad, edad, ideologías políticas, o represalias o venganzas por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Los programas que reciben ayuda financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS, por sus siglas en inglés), como la Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF, por sus siglas en inglés) y los programas que el HHS gestiona directamente también tienen prohibida la discriminación en virtud de las leyes federales de derechos civiles y la normativa del HHS.

Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron las beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, en inglés) proporciona ayuda financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, en inglés) y otros. Para presentar un reclamo por discriminación en el programa, rellene el Formulario de reclamos por discriminación en el programa, (AD-3027) que se encuentra en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamos, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completados al USDA por correo a: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; por fax al: (833) 256-1665 o al (202) 690-7442; por teléfono al: (833) 620-1071; o por correo electrónico a: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para obtener cualquier otra información relacionada con el programa SNAP, las personas deben ponerse en contacto con la línea directa del programa SNAP del USDA al número (800) 221-5689, que también está en español, o llamar [a los números de información o a las líneas directas del estado](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado); puede encontrarlos en línea en: [Línea directa de SNAP](#).

El HHS proporciona ayuda financiera federal a muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, como el programa TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) y otros. Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS proporciona asistencia financiera federal, puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, en inglés) en su nombre o en nombre de otra persona.

Para presentar un reclamo de discriminación en su nombre o en el de otra persona en relación con un programa que recibe ayuda financiera federal a través del HHS, rellene el formulario en línea a través del Portal de reclamos de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede ponerse en contacto con la OCR por correo en la dirección: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; por fax al: (202) 619-3818; o al correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Las personas que necesiten ayuda para presentar un reclamo sobre derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar gratuitamente a la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Las personas sordas, con discapacidad auditiva o del habla, pueden llamar al 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Derecho a una notificación por escrito: siempre debemos entregarle una notificación por escrito en la que se expliquen sus beneficios cuando aprobemos su caso. Siempre debemos notificarle por escrito cuando modifiquemos

sus beneficios, deneguemos o cerremos su caso. Usted dispone de 90 días a partir de la fecha de notificación para solicitar una audiencia. Si solicita una audiencia en el plazo de 10 días, es posible que pueda seguir recibiendo beneficios mientras espera la audiencia.

Derecho a apelar: si no está de acuerdo con la decisión del Departamento, solicite una audiencia. Su gestor de casos puede ayudarle a redactar su apelación. En la audiencia, puede hablar por sí mismo o llevar un abogado, amigo o familiar para que hable en su nombre.

Derecho a la privacidad: en la solicitud usted nos facilita datos personales. Nosotros utilizamos estos datos para saber si cumple los requisitos para recibir los beneficios. Si no nos brinda estos datos, podemos denegar la solicitud. Tiene derecho a revisar, cambiar o corregir cualquier dato. No mostraremos sus datos ni se los daremos a otras personas a menos que usted nos autorice o que las leyes federales y estatales nos lo permitan.

Derecho a reclamar una causa justificada: si desea recibir Asistencia Temporal en Efectivo, debe ayudar al Departamento a conseguir la manutención de sus hijos. Puede que no tenga que ayudar si eso lo pone en peligro a usted o a su familia.

Derecho a rechazar ayuda: no tiene por qué aceptar ayuda de una organización religiosa si va en contra de sus creencias religiosas.

Derecho a la tramitación a tiempo de la solicitud: si reúne los requisitos para recibir los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) rápido, debemos concedérselos en un plazo de 7 días. Para el SNAP regular y otros programas, excepto determinados programas de Asistencia Médica, debemos tramitar su solicitud en un plazo de 30 días. A veces se producen retrasos en la tramitación. Si se produce un retraso, le enviaremos una carta para informarle el motivo del retraso en la tramitación de su solicitud. Si está recluido o en otra institución de este tipo y presenta una solicitud de beneficios de SNAP o de Asistencia en Efectivo, es posible que no reciba los beneficios de SNAP o de Asistencia en Efectivo hasta su liberación. La fecha de presentación de su solicitud de asistencia será la fecha de su liberación de la institución si esta es menos de 30 días a partir de la fecha en que su solicitud firmada fue recibida en el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS, en inglés). Los beneficios del SNAP se emiten a partir de la fecha de su liberación en función de la fecha de su solicitud.

Autorización para recibir información sobre planificación familiar

Si desea información, puede pedir una guía de planificación familiar a su gestor de casos. También puede contactarse al:

- 1-800-546-8900 si necesita ayuda para encontrar un proveedor de métodos anticonceptivos u organizar la atención prenatal, o bien
- con el Centro de Salud Materno infantil al **1-800-456-8900**
<https://phpa.health.maryland.gov/mch/Pages/home.aspx>

Usted tiene las siguientes obligaciones

Proporcionar información: debe brindar información veraz y completa. Es posible que tenga que darnos pruebas de esta información. Nosotros mantendremos esta información confidencial. Cualquier retraso en la presentación de pruebas puede dar lugar a que su caso se retrase o se deniegue.

La recopilación de información de la solicitud, incluido el número de Seguro Social de cada miembro de la unidad familiar, está autorizada por la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008, del Código de los Estados Unidos (U.S.C.) 2011-2036, el artículo §1137(f) de la Ley de Seguridad Social y el artículo §1320b-7(d) del título 42 del U.S.C. Utilizamos la información para averiguar si su unidad familiar es elegible y comprobamos esta información mediante programas informáticos de cotejo.

También utilizamos la información para comprobar si cumple las reglas del programa. Podemos ponernos en contacto con su empleador, banco u otra parte. También podemos ponernos en contacto con agencias locales, estatales o federales para asegurarnos de que la información sea correcta. Podemos dar su información a otras agencias federales o estatales para uso oficial y a agentes de la ley que la necesiten para encontrar a personas que huyen para evitar la ley.

Si recibe beneficios de más:

- es posible que tenga que devolver el dinero de los beneficios y
- podemos facilitar la información de la solicitud, incluidos los números de Seguro Social, a agencias federales o estatales, así como a agencias privadas para cobros de reclamos para que tomen medidas.

Brindar la información es voluntario. Si no nos facilita información como el número de Seguro Social de todas las personas que deseen ayuda, podemos denegar los beneficios a cada persona que no facilite un número de Seguro Social. Si no tiene número de Seguro Social, le ayudaremos a conseguirlo.

Informar cambios: debe informar todos los cambios en un plazo de 10 días a menos que forme parte del grupo de información simplificada del SNAP y no reciba Asistencia en Efectivo ni Asistencia Médica. Si desea saber si forma parte de este grupo, consulte a su gestor de casos. Puede comunicarnos cualquier cambio en persona, por teléfono o por correo al Departamento.

Nota: Para todos los usuarios del SNAP, incluidos los que son declarantes simplificados:

1. Si recibe ganancias de lotería o juegos de azar por un importe igual o superior a \$3,500, debe comunicar el importe y la fecha de recepción de las ganancias al departamento local en un plazo de 10 días.
2. Si usted es un adulto sano sin personas a cargo (ABAWD, por sus siglas en inglés), si sus horas de trabajo disminuyen por debajo de 80 horas al mes, debe informar el cambio al departamento local en un plazo de 10 días.

Advertencia: podemos denegarle, reducirle o suspenderle los beneficios si nos facilita datos erróneos o no comunica los cambios. Un juez puede multarlo o encarcelarlo si facilita deliberadamente información errónea o no comunica los cambios.

Requisitos laborales para el SNAP

Las personas que soliciten o reciban beneficios del SNAP deben conocer y entender la siguiente información sobre el registro laboral y los requisitos de trabajo de SNAP. Los requisitos de trabajo del SNAP están contemplados en la ley federal, en el título 7 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés) sección 273.24.

Se requiere que todas las personas mayores de 18 años estén inscritas para trabajar, salvo que estén exentas por alguna de las siguientes razones: ser mayores de 60 años, tener a su cargo a un menor de 6 años que viva en su domicilio, haber solicitado o percibido beneficios por desempleo, trabajar por cuenta propia un mínimo de 30 horas o más a la semana por el equivalente al salario mínimo federal, asistir a una escuela o institución de enseñanza superior reconocida al menos por media jornada, o estar incapacitada mental o físicamente para trabajar. El registro laboral no es lo mismo que la participación.

A partir del 1 de enero de 2016, las personas sanas y sin personas a su cargo (ABAWDS), con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años, que no estén exentas del registro laboral por uno de los motivos anteriores o que residan en una zona designada como exenta, deberán registrarse laboralmente y participar en un programa o actividad laboral o estar empleadas.

Estas personas, conocidas como ABAWDS, solo pueden recibir beneficios del SNAP durante tres meses en un período fijo de 36 meses, a menos que estén empleadas o participen en una actividad laboral o educativa aprobada un mínimo de 80 horas al mes. La persona no podrá volver a recibir beneficios del SNAP hasta que cumpla los requisitos laborales. Recibirá información adicional del gestor de casos y puede encontrar más información en el sitio web del DHS: <http://dhs.maryland.gov/food-supplement-program/able-bodied-adults-without-dependents-abawds/>.

Representantes autorizados: en la mayoría de los casos, si su representante autorizado nos facilita información errónea, usted tendrá que devolver cualquier cantidad que se le haya pagado de más.

Si su representante autorizado nos facilita a sabiendas información incorrecta o no utiliza correctamente sus beneficios, podemos inhabilitar a esa persona como representante autorizado y procesarla por fraude conforme a las leyes estatales y federales.

Si un centro de tratamiento de alcoholismo y drogadicción o un grupo de vivienda colectiva actúa como su representante autorizado para sus beneficios alimentarios y nos facilita deliberadamente información errónea sobre su situación, podemos emprender acciones judiciales conforme a la legislación estatal o federal aplicable.

Sanciones de la TCA y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

No:

- No brinde información falsa ni oculte información para obtener o continuar obteniendo beneficios de TCA o SNAP.
- No intercambie ni venda beneficios de TCA o SNAP, ni tarjetas electrónicas de beneficios.
- No utilice TCA y SNAP ni tarjetas electrónicas de beneficios para comprar artículos no permitidos, como alcohol y tabaco, ni para pagar cuentas de crédito.
- No utilice los beneficios de la TCA o el SNAP de otra persona.
- No utilice la tarjeta electrónica de beneficios de otra persona sin autorización.
- No utilice su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) con beneficios de la TCA en una licorería, en un local de ocio para adultos, como un club de estirpes, ni en un establecimiento de juego, como un casino.

Sus beneficios del SNAP no aumentarán si su asistencia en efectivo se reduce o se cierra porque usted no ha seguido las reglas.

Si un miembro de la unidad familiar incumple deliberadamente las reglas, podemos prohibirle el acceso a la TCA o al SNAP.

- Podemos inhabilitar a esta persona durante un año a partir de la primera infracción.
- Podemos inhabilitar a esta persona durante dos años:
 - tras la segunda infracción, o
 - después de la primera vez que un tribunal declare a esta persona culpable de comprar drogas ilegales con beneficios de la TCA o el SNAP.
- Podemos inhabilitar a esta persona de forma permanente:
 - tras la tercera infracción;
 - después de la segunda vez que un tribunal declare a esta persona culpable de comprar drogas ilegales con beneficios de la TCA o el SNAP;
 - después de la primera vez que un tribunal declare a esta persona culpable de comprar armas, balas o explosivos, con beneficios de la TCA o el SNAP; o
 - después de que un tribunal declare a esta persona culpable de tráfico de beneficios de la TCA o el SNAP de \$500 o más.
- Podemos inhabilitar a esta persona durante 10 años si la declaramos culpable de hacer una declaración falsa sobre su identidad para recibir múltiples beneficios al mismo tiempo.

Un juez también puede imponer a esta persona una multa de hasta \$250,000, encarcelarla hasta 20 años, o ambas cosas. Un juez también puede inhabilitar a esta persona durante 18 meses más. La persona también puede tener que enfrentarse a un procesamiento posterior en virtud de otras leyes federales.

Tarjeta del SNAP o EBT: Múltiples sustituciones de tarjetas

Las personas que soliciten cuatro o más tarjetas *Independence* de sustitución en un año pueden ser remitidas a la Oficina del Inspector General para que se investiguen por tráfico de beneficios.

Advertencia y penalización de Medicaid: utilice las tarjetas de Asistencia Médica solo si es elegible.

Toda persona condenada por fraude a Medicaid por un valor de **\$500** o más en dinero, servicios o bienes es culpable de un delito grave, y deberá:

1. devolver el dinero, servicios o bienes o el valor de esos servicios o bienes recibidos ilegalmente;
2. ser sujeta a una multa de no más de \$10,000, encarcelada por no más de cinco años, o ambos.

Toda persona condenada por fraude a Medicaid por un valor menor a \$500 en dinero, servicios o bienes es culpable de un delito menor, y deberá:

1. devolver el dinero, servicios o bienes o el valor de esos servicios o bienes recibidos ilegalmente;
2. ser multada con no más de \$1,000 y encarcelada por no más de tres años o ambas.

Lea antes de firmar

Entiendo que es importante brindar información veraz y que, si no lo hago, estoy infringiendo la ley.

Entiendo que me pueden multar, encarcelar o reducir mis beneficios por hacer declaraciones falsas o por hacerme pasar por otra persona.

Sé que me pueden sancionar por no comunicar cambios que puedan afectar a mi derecho o al monto del beneficio.

Entiendo que si recibo más beneficios del SNAP de los que me corresponden, todos los miembros adultos de mi unidad familiar son responsables de saldar la deuda.

Sé que el Departamento puede utilizar la solicitud en mi contra ante un tribunal para el procesamiento judicial del fraude.

Sé que no declarar ni certificar los gastos de vivienda, médicos o de cuidado de dependientes o los pagos de manutención de los hijos equivale a decir que no quiero una deducción por los gastos que no verifiqué ni certifiqué.

Entiendo que el Departamento puede comprobar la información de este formulario para ver si es correcta y puede seleccionar mi caso para una comprobación al azar, como por ejemplo para una revisión de control de calidad.

Acepto que alguien del Departamento me visite en mi domicilio. Les ayudaré a conseguir todas las pruebas necesarias de cualquier fuente.

Entiendo que al firmar esta solicitud:

- Acepto asistencia en efectivo o asistencia médica.
- Acepto que Medicare Parte B realice los pagos directamente a los médicos y proveedores médicos.
- Otorgo al Departamento el derecho a reclamar el pago al seguro médico privado o público y a cualquier tercero responsable. Entiendo que debo cooperar con el departamento para garantizar dichos pagos. El Departamento puede reclamar el pago sin emprender acciones legales, siempre que no se quede con una cantidad superior a la que pagó la Asistencia Médica.
- Otorgo al Departamento el derecho de inspeccionar, revisar y copiar todos los expedientes médicos de los servicios recibidos a través del Programa de Asistencia Médica.

Entiendo que cuando fallece una persona que tenía al menos 55 años cuando recibía Asistencia Médica, el estado puede tomar dinero de la herencia para reembolsar los pagos realizados en nombre de esa persona. El programa solo puede hacerse cargo del dinero si no hay cónyuge sobreviviente, hijo soltero menor de 21 años o hijo ciego o discapacitado (casado o soltero) de cualquier edad.

Sección de firmas

Entiendo que, tal como exige la ley de Maryland, determinadas agencias encargadas de hacer cumplir la ley que investigan el fraude pueden obtener información sobre mi solicitud, ingresos, beneficios y otra documentación como parte de su investigación. Si bien el acceso a la información sobre mi solicitud y beneficios está normalmente limitado en virtud del artículo 1-201 de Servicios Humanos del Código Anotado de Maryland, estos límites no se aplican a estas agencias de investigación. Entre estas agencias se encuentra la Oficina del Inspector General del Departamento de Servicios Humanos. Entiendo que no necesito dar mi consentimiento a estas agencias para que investiguen cualquier acusación de fraude contra mí. Cualquier información obtenida como resultado de la investigación puede ser utilizada en mi contra si se procesa una acusación de fraude.

He leído o alguien me ha leído y explicado toda la solicitud. Juro o afirmo, bajo pena de perjurio, que toda la información que he facilitado es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender. He recibido una copia de mis derechos y obligaciones. Autorizo a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que conozca los hechos sobre mi elegibilidad a brindar esa información al Departamento. También autorizo al Departamento a ponerse en contacto con cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que haya dado pruebas de mi derecho a recibir los beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio, que, al firmar con mi nombre a continuación, todas las personas para las que presento la solicitud son ciudadanos estadounidenses, inmigrantes legalmente admitidos o personas en condición migratoria satisfactoria.

Firma del solicitante o beneficiario		Fecha
Firma del testigo (si ha firmado con una X)		Fecha
Firma del cónyuge (si corresponde)		Fecha
Firma del representante autorizado (si corresponde)		Fecha
Firma del gestor de casos		Fecha

No deseo solicitar ayuda en este momento. Retiro mi solicitud de:

- ☐ Asistencia en Efectivo
 ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria
 ☐ Asistencia Médica
☐ Asistencia de Emergencia para Familias y Niños

Firma del solicitante o beneficiario		Fecha
Nombre del solicitante en letra de imprenta		