

P E N N S Y L V A N I A

Solicitud de beneficios

This is an application for cash, Medical Assistance and Food Stamp benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud para recibir beneficios de asistencia en efectivo, Asistencia Médica y Cupones de Alimentos. Si necesita esta solicitud en otro idioma o si necesita un intérprete, comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado (CAO) de su localidad. La asistencia bilingüe será gratuita.

Đây là mẫu đơn xin trợ cấp tiền mặt, Bảo Trợ Y Tế và Tem Phiếu Thực Phẩm. Nếu quý vị cần mẫu đơn bằng ngôn ngữ này hay cần người thông dịch, xin tiếp xúc với Văn Phòng Trợ Cấp Quận Hạt. Trợ giúp thông dịch sẽ được cung cấp miễn phí.

នេះជាសំបុត្រដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ សំបុត្រពេទ្យ និង លុយប្រាក់ស្តុម (Food Stamp)។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការសំបុត្រដាក់ពាក្យសុំជាភាសានេះឬត្រូវការអ្នកណាម្នាក់អោយបកប្រែ សូមទាក់ទងការិយាល័យវិលវែលរបស់លោកអ្នក។ ជំនួយនាមបកប្រែកិច្ចការងារជាយកតម្លៃ។

Настоящий документ является формой заявления на получение денежной и медицинской помощи, а также помощи продовольственными талонами (Food Stamps). Если вам нужна эта форма на русском языке или вам нужны услуги переводчика, обращайтесь в местное Бюро помощи (County Assistance Office). Помощь переводчика предоставляется бесплатно.

这是为现金、医疗协助及食物卷福利提出的申请。您如果需要
使用此语言的申请或需要请人口译，请联系您的地方郡县协助
办公室。语言协助免费提供。

SOLICITUD DE BENEFICIOS

ESTADO DE PENNSYLVANIA

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO

- Lea todo el formulario de solicitud.
- Escriba la información solicitada en los espacios no sombreados en letra de imprenta.
- Si necesita ayuda para completar esta solicitud, cualquier otra persona que usted elija le puede ayudar; también le puede ayudar la Oficina de Asistencia del Condado (CAO) o puede llamar a la LÍNEA DE AYUDA al 1-800-692-7462. Si tiene problemas de audición, llame TDD al 1-800-451-5886.
- Aceptaremos su solicitud durante horas normales de oficina.

Usted puede solicitar beneficios en efectivo, Asistencia Médica y/o Cupones de Alimentos por medio de este formulario. Si no califica para beneficios en efectivo y/o Asistencia Médica, no tendrá que completar una solicitud nueva para recibir o continuar recibiendo beneficios de Cupones de Alimentos. Si usted o alguno de sus hijos no califica para recibir Asistencia Médica, usted o él/ella quizás califique para cobertura médica por medio del Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP) o el programa adultBasic. Usted no tendrá que presentar una nueva solicitud. Se le proporcionará una copia de esta solicitud al Departamento de Seguro o a un contratista de CHIP o de adultBasic.

Nosotros empezaremos a tramitar su solicitud una vez que anote su nombre, su dirección y su firma. **(Deberá contestar todas las preguntas que no indiquen "opcional" para que podamos tomar una decisión sobre su elegibilidad.)**

Usted debe completar el formulario, firmarlo y ponerle la fecha. Usted lo puede entregar, alguien más lo puede entregar o lo puede enviar por correo a la CAO. Los proveedores de Asistencia Médica y otras dependencias aprobadas por nuestro Departamento pueden presentar solicitudes para recibir Asistencia Médica. Si devuelve su solicitud por correo, recibirá instrucciones adicionales para completar el trámite de solicitud. Le avisaremos si es necesaria una entrevista cara a cara. Usted debe comprobar su identidad. De ser necesario, la CAO le puede ayudar a obtener estos comprobantes.

Nosotros le diremos en un plazo de 30 días después de haber recibido su solicitud completada si usted califica o no. La elegibilidad para Cupones de Alimentos comienza a partir de la fecha en que recibamos su solicitud. Si califica para recibir asistencia en efectivo, sus beneficios comenzarán en la fecha en que recibamos toda la información solicitada. Si se requiere una entrevista y usted no se presenta o no se comunica con nosotros durante los primeros 30 días de haber presentado su solicitud, ésta será denegada.

El Departamento emite beneficios en efectivo y Cupones de Alimentos a través del Sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT). Ese sistema le permite utilizar su tarjeta EBT ACCESS para obtener sus beneficios en efectivo en ciertos cajeros automáticos (máquinas ATM) las 24 horas del día o para comprar artículos en las tiendas que aceptan la tarjeta. Los beneficios de cupones de alimentos de la tarjeta EBT ACCESS se pueden usar para comprar comida o semillas y plantas para cultivar comida para su consumo personal.

Si usted está solicitando asistencia en efectivo, usted y el asistente social que lo entrevistó completarán un Acuerdo de Responsabilidad Mutua (ARM). El ARM hace hincapié en la naturaleza temporal de la asistencia en efectivo y describe los pasos que usted conviene en seguir que le ayudarán a mantenerse a sí mismo y a su familia sin beneficencia pública.

Su información se conserva en calidad confidencial y sólo se utiliza para administrar los programas para los que pudiera calificar. En las páginas 14 y 17 de este documento se enumeran sus derechos y obligaciones. Le entregarán las páginas 17 y 18.

Usted puede presentar su solicitud en línea en: www.compass.state.pa.us

CUPONES DE DESCUENTO AHORA

- ¿Su familia tiene \$100 o menos en efectivo y cuentas bancarias y espera tener ingresos inferiores a \$150 este mes?
- ¿Es inmigrante o trabaja en agricultura por temporadas?
- ¿Entre sus ingresos y dinero en efectivo de cada mes tiene menos de lo que le cuesta la renta/hipoteca y servicios básicos?

SI LA RESPUESTA A CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS ES SÍ, ES POSIBLE QUE LE CORRESPONDA EL DERECHO DE OBTENER CUPONES DE ALIMENTOS URGENTES. Esto significa que puede obtener Cupones de Alimentos en un plazo de cinco días naturales. Pida más información en la Oficina de Asistencia del Condado de su localidad.

¡ENTREGUE SU SOLICITUD DE CUPONES DE ALIMENTOS HOY MISMO! Usted TIENE EL DERECHO a entregar su solicitud de cupones de alimento hoy mismo A CUALQUIER HORA antes de las 5 de la tarde. La persona que le atiende en la oficina de asistencia del condado (CAO) debe fechar su solicitud mientras usted observa.

Si le fueron negados los cupones de alimentos, tiene derecho a una conferencia de agencia dentro de los dos días laborales siguientes con un supervisor de la oficina de asistencia del condado.

Si cree que le están negando sus derechos o algún servicio, o si en la oficina de asistencia del condado no aceptan su solicitud cuando la presenta, o no fechan la solicitud mientras usted observa, pida hablar con un supervisor o llame sin costo a la LÍNEA DE AYUDA al 1-800-692-7462.

USTED PUEDE OBTENER AYUDA LEGAL GRATUITA EN LA OFICINA LOCAL DE SERVICIOS LEGALES.

Este es un programa de igual oportunidad para todos. Si usted piensa que ha sido discriminado debido a su raza, color de piel, país de origen, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión, escriba a:

**USDA, Director, Office of Civil Rights,
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410**

o llame al (866) 632-9992 o al (202) 401-0216 (TDD).

**LEA ESTA PÁGINA Y
DESPRÉNDALA ANTES
DE COMPLETAR LA
SOLICITUD.**

SEGURIDAD FAMILIAR

Información sobre sus beneficios y la violencia doméstica

La violencia doméstica es cuando alguien de su vida le hace daño físico, sexual o emocional, como, por ejemplo:

- ◆ Causarle lesión física a usted o a sus hijos
- ◆ Amenazar o tratar de causarle daño a usted, a sus hijos o a sus cosas
- ◆ Obligarla a tener relaciones sexuales
- ◆ Abusar sexualmente a sus hijos
- ◆ Controlar a dónde va y a quién ve
- ◆ No permitirle a usted o a sus hijos tener comida, ropa o atención médica
- ◆ Impedirle que vaya al trabajo o a la escuela
- ◆ Seguirle o acecharla

Si es o ha sido víctima de violencia doméstica o corre riesgo de sufrir más violencia, su trabajadora social puede:

- ◆ **Ayudarle a buscar programas locales donde pueda obtener asesoría, planificación de su seguridad, albergue, servicios legales y otros tipos de ayuda.**
- ◆ **Exentarla de los requisitos de asistencia en efectivo si la violencia doméstica le impide cumplirlos.**
Algunas veces las personas no pueden observar los requisitos de bienestar público sin correr riesgo porque temen que ellos o sus hijos serán maltratados si lo hacen. Entre ellos destacan los siguientes:
 - ◆ **Cooperación con la manutención**
 - ◆ **Trabajo (RESET)**
 - ◆ **Límites de tiempo**
 - ◆ **Requisito de que los padres adolescentes vivan en casa**
 - ◆ **Verificación**
 - ◆ **Otros requisitos caso por caso**

Si necesita exención de los requisitos de bienestar público debido a violencia doméstica, informe a su trabajador social.

Puede pedir hablar con su trabajador social en privado. Quizás no quiera divulgarle esta información a su trabajador social o quizás decida hablarlo más tarde con él o ella. Su asistente o trabajador social y el personal de la Oficina de Asistencia del Condado mantendrán en calidad confidencial su información. Sin embargo, por ley, el Departamento de Bienestar Público tiene que reportar el maltrato de menores a la agencia local para niños y jóvenes (Children and Youth Agency).

ESTADO DE PENNSYLVANIA

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO

MARQUE LOS BENEFICIOS QUE QUIERA RECIBIR

- ASISTENCIA EN EFECTIVO BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS
 ASISTENCIA MÉDICA OTRO

- SÍ NO ¿Usted entiende inglés?
 Si no, ¿cuál idioma entiende? _____
 SÍ NO ¿Es inmigrante o trabaja en agricultura por temporadas?
 SÍ NO ¿Tiene un hogar permanente?
 SÍ NO ¿Recibe usted asistencia para la vivienda? ¿De qué tipo?
 Vivienda pública Renta (marque uno)
 SÍ NO ¿Alguna vez lo han descalificado o ha acordado en quedar descalificado de recibir cupones de alimentos o asistencia en efectivo en otro estado?
 SÍ NO Si está solicitando cupones de alimentos y es persona mayor, beneficiario de SSI o cónyuge de la persona mayor o beneficiario de SSI o no tiene casa, ¿desea usar sus cupones de alimentos para comprar comidas en restaurantes?

Si está solicitando únicamente cupones de alimentos, asistencia médica o cupones de alimentos y asistencia médica, proporcione un número de teléfono donde se le pueda llamar durante el día para una entrevista telefónica. _____

Si tiene un número de caso de bienestar público (welfare) en Pennsylvania, escríbalo aquí _____

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
DIRECCIÓN			¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA ALLÍ? Años Meses		
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		PLUS 4
DISTRITO ESCOLAR		TOWNSHIP(SUBDIVISIÓN CIVIL)		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN ANTERIOR (Calle, Ciudad, Estado)					

- SÍ NO ¿Usted o cualquier persona en cuyo nombre está presentando la solicitud actualmente recibe beneficios de cupones de alimentos o asistencia médica en otro estado?
 Estado ____ Condado _____ N.º exp. _____
 SÍ NO ¿Alguna vez ha recibido beneficios en efectivo en otro estado?
 Si es así, aclare Fecha: Del _____ Al _____
 SÍ NO ¿Alguna vez ha solicitado beneficios con otro nombre o número de seguro social?
 Nombre _____ N.º de Seguro Social _____

FIRMA DEL SOLICITANTE O SU REPRESENTANTE

_____ Fecha _____

MARQUE SI LE INTERESA:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asistencia con la vivienda | <input type="checkbox"/> Lifeline (servicio telefónico a precio reducido) |
| <input type="checkbox"/> Recibir una solicitud para Asistencia con la Energía (LIHEAP) | <input type="checkbox"/> Planificación familiar/control de la natalidad |
| <input type="checkbox"/> Bancos de comida | <input type="checkbox"/> Clínica para bebés sanos |
| <input type="checkbox"/> Comidas escolares gratuitas o a precio reducido | <input type="checkbox"/> Programa para mujeres, lactantes y niños |
| <input type="checkbox"/> Empleo y capacitación | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones (vacunas) |
| <input type="checkbox"/> Asignación especial para empleo o capacitación (ropa, etc.) | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil |
| <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplemental | <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo infantil |
| | <input type="checkbox"/> Head Start (niños de 3 a 6 años de edad) |

SÓLO PARA USO DEL PROVEEDOR

PROVIDER NAME	PROVIDER NUMBER
<input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Outpatient <input type="checkbox"/> Emergency	
<input type="checkbox"/> Non-Applicable	

SÓLO OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO

<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Walk In		FILE CLEAR BY/DATE	SCREEN BY/DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG #	DATE STAMP	CAT
WORKER ID	CASELOAD	RECORD NUMBER	2ND DATE	CAT
NAME				
APPOINTMENT DATE/TIME <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM				
<input type="checkbox"/> APPLICATION <input type="checkbox"/> ADD ON <input type="checkbox"/> REDETERMINATION				

AUTHORIZED

NOT AUTHORIZED

DATE	AUTHORIZED				NOT AUTHORIZED			
BY								
CAT								
REASON CODE								

COMPLETE ESTA HOJA CON SUS DATOS Y LOS DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVAN EN SU DIRECCIÓN, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO

Nombre a toda persona que viva con usted pero que se esté quedando temporalmente en otro lugar. Si está solicitando en nombre de esa persona, anote a la persona también en la sección de abajo.

*** Usted debe proporcionar o solicitar un número de seguro social:**

Si usted está solicitando:

- **Asistencia en efectivo:** Usted debe suministrar o solicitar un SSN para usted o cualquier otra persona en cuyo nombre esté presentando una solicitud y usted debe proporcionar un SSN de cualquier persona cuyo ingreso o recursos pudieran afectar la elegibilidad o cantidad de beneficios que le correspondería a usted o a cualquier persona en cuyo nombre esté presentando la solicitud.
- **Beneficios de cupones de alimentos:** Usted debe proporcionar o solicitar un SSN para usted o para cualquier persona en cuyo nombre esté solicitando.
- **Asistencia Médica:** Usted debe proporcionar o solicitar un SSN para usted o para cualquier persona en cuyo nombre esté solicitando a menos que la persona sea un extranjero que sólo está solicitando Asistencia Médica para una emergencia.

No se requiere SSN de ningún otro individuo. Si tiene preguntas acerca de suministrar un SSN, comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado.

Aunque no califique para un SSN debido a su situación de inmigración y no esté solicitando asistencia para usted mismo, se deberán tener en cuenta sus ingresos y recursos en la determinación de elegibilidad o cantidad de beneficios de las personas a su cargo.

PARA EDUCACIÓN

DÍGANOS EL GRADO MÁS ALTO COMPLETADO POR CADA PERSONA

- 01-11 = GRADO COMPLETADO
- 12 = DIPLOMA DE PREPARATORIA (HIGH SCHOOL), GED O NEDP
- 13 = DIPLOMA
- 14 = LICENCIATURA
- 15 = MAESTRÍA O MÁS
- 16 = OTROS TÍTULOS, CERTIFICADOS O DIPLOMAS
- 98 = NINGUNA EDUCACIÓN FORMAL

USE 98 PARA NIÑOS QUE NO HAN COMPLETADO EL PRIMER GRADO

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

SÓLO CONDADO		ESCRIBA SU NOMBRE PRIMERO		INICIAL	JR./SR. I, II	¿LA SOLICITUD ES PARA ESTA PERSONA?	LUEGO OTROS NOMBRES COMO DE SOLTERA O DE OTRO MATRIMONIO	FECHA DE NACIMIENTO MM DD AAAA	SEXO M/F	* NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿QUÉ PARENTESCO TIENE CON CADA PERSONA?	EDUCACIÓN
Nº. LÍNEA	APELLIDO	NOMBRE										
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					USTED MISMO(A)	
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						

COMPLETE ESTA HOJA CON SUS DATOS Y LOS DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVAN EN SU DIRECCIÓN, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO

*Usted debe firmar esta declaración para cada persona en cuyo nombre está solicitando que sea ciudadano de EE.UU. o extranjero con estado de inmigración satisfactorio. Un extranjero que sólo solicita tratamiento de una situación de emergencia médica no tiene que firmar esta declaración ni proporcionar un número de Seguro Social.

Al firmar mi nombre, certifico que, con sujeción a las multas dispuestas por la ley, estas personas son ciudadanos de Estados Unidos o extranjeros con estado de inmigración satisfactorio.

--	--

FIRMA

FECHA

ESTADO DE CIUDADANÍA*

Use uno de los siguientes códigos:

- | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Ciudadano de EE.UU. | 4. Refugiado/asilado/
libertad condicional |
| 2. Extranj. perm.
(Extranj. calificado o
PRUCOL) | 5. Otro – No califica para
Beneficios excepto
Servicios médicos de emergencia |
| 3. Extranj. temp. | 6. Menor no acompañado |

Anote el número de código de toda persona en cuyo nombre esté solicitando.

RAZA
(opcional)

Los individuos pueden estar en más de un grupo. Marque todos los que correspondan. Sus beneficios no se verán afectados si no responde.

**HISPANO
ORIGEN**
(opcional)

Marque esta casilla para cada persona cuya etnia es principalmente hispana, independientemente de la raza. Sus beneficios no se verán afectados si no responde.

*Si nació en un territorio de Estados Unidos o fuera de los Estados Unidos, escriba el nombre del territorio o del país de nacimiento.

ESTADO DE CIUDADANÍA	ESTADO DE VETERANO	ESTADO CIVIL	RAZA							¿TIENE ESTA PERSONA UNA TARJETA PA ACCESS?		NOMBRE EN ACTA DE NACIMIENTO Apellido, Nombre, Ini.	SI NACIÓ FUERA DE EE.UU., ACLARE			NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE Apellido, Nombre, Ini.	N.º LICENCIA PA O ID ESTATAL	
	VETERANO NO VETERANO MILITAR ACTIVO GUARDA NACIONAL/ RESERVAS	SOLTERO CASADO MATRIMONIO CONSENSUAL SEPARADO DIVORCIADO VIUDO	1	3	4	5	7	2	SÍ	NO	*ESTA-DO DE NACI-MIENTO		CONDADO DE NACIMIENTO	CIUDAD DE NACI-MIENTO				
			NEGRO O AFRICANO	INDIO, INDIAN, ALASKA	ASIÁTICO	CAUCÁSICO	HAWAIIANO O ISLAS DEL PACÍFICO	ORIGEN HISPANO										

INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA MÉDICA

 SÍ

 NO

¿TIENE COBERTURA MÉDICA USTED O CUALQUIERA DE LAS PERSONAS EN CUYO NOMBRE ESTÁ SOLICITANDO? ESTO INCLUYE COBERTURA MÉDICA PROPORCIONADA POR INDIVIDUOS QUE VIVEN EN O FUERA DE LA CASA. SI ES ASÍ, PROPORCIONE LO SIGUIENTE:

**TENER OTRA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO NO AFECTARÁ SU ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS.
LA ASISTENCIA MÉDICA SIEMPRE PAGA COMO ÚLTIMO RECURSO.**

NOMBRE TITULAR PÓLIZA		DOMICILIO TITULAR PÓLIZA			NOMBRE TITULAR PÓLIZA		DOMICILIO TITULAR PÓLIZA		
NOMBRE DE LA ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA		NOMBRE/NÚMERO GRUPO		NOMBRE DE LA ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA		NOMBRE/NÚMERO GRUPO	
TELÉFONO ASEGURADORA		TIPO DE SEGURO			TELÉFONO ASEGURADORA		TIPO DE SEGURO		
		MEDICARE A		DENTAL				MEDICARE A	
DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA		MEDICARE B	GASTOS MÉDICOS MAYORES		DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA		MEDICARE B	GASTOS MÉDICOS MAYORES	
		VISTA	HOSP / MÉDICO BÁS.				VISTA	HOSP / MÉDICO BÁS.	
¿QUIÉN TIENE COBERTURA?		SÓLO HOSPITAL	COMP. TRABAJADOR		¿QUIÉN TIENE COBERTURA?		SÓLO HOSPITAL	COMP. TRABAJADOR	
		RECETAS	HMO (INCLUYE MEDICARE)				RECETAS	HMO (INCLUYE MEDICARE)	
¿ORDENADO POR TRIBUNAL?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO		¿ORDENADO POR TRIBUNAL?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE TITULAR PÓLIZA		DOMICILIO TITULAR PÓLIZA			NOMBRE TITULAR PÓLIZA		DOMICILIO TITULAR PÓLIZA		
NOMBRE DE LA ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA		NOMBRE/NÚMERO GRUPO		NOMBRE DE LA ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA		NOMBRE/NÚMERO GRUPO	
TELÉFONO ASEGURADORA		TIPO DE SEGURO			TELÉFONO ASEGURADORA		TIPO DE SEGURO		
		MEDICARE A		DENTAL				MEDICARE A	
DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA		MEDICARE B	GASTOS MÉDICOS MAYORES		DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA		MEDICARE B	GASTOS MÉDICOS MAYORES	
		VISTA	HOSP / MÉDICO BÁS.				VISTA	HOSP / MÉDICO BÁS.	
¿QUIÉN TIENE COBERTURA?		SÓLO HOSPITAL	COMP. TRABAJADOR		¿QUIÉN TIENE COBERTURA?		SÓLO HOSPITAL	COMP. TRABAJADOR	
		RECETAS	HMO (INCLUYE MEDICARE)				RECETAS	HMO (INCLUYE MEDICARE)	
¿ORDENADO POR TRIBUNAL?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO		¿ORDENADO POR TRIBUNAL?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	

INSCRIPCIÓN VOTANTE (Opcional)

Si usted u otro adulto de su casa no se ha registrado para votar donde vive ahora, ¿desea registrarse para votar? Sí No
Si su respuesta es afirmativa, escriba los nombres abajo: SI NO MARCA 'SÍ' O 'NO', equivale a escoge no registrarse para votar por ahora.

Para registrarse debe: 1) Cumplir o haber cumplido 18 años de edad el día de la siguiente elección; 2) Ser ciudadano de EE.UU. por lo menos un mes ANTES DE LA SIGUIENTE ELECCIÓN; 3) Residir en Pennsylvania y el distrito de votación por lo menos 30 días antes de la siguiente elección.

LINE NO CAO ONLY	APELLIDO	NOMBRE	LINE NO CAO ONLY	APELLIDO	NOMBRE

SUS BENEFICIOS NO SE VERÁN AFECTADOS SI SE REGISTRA O NO SE REGISTRA.

Si necesita ayuda para completar el formulario de inscripción de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar la solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si necesita ayuda. Si piensa que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar, o rechazar la oferta de registrarse para votar, su derecho a la privacidad en cuanto a la decisión de registrarse o presentar la solicitud para registrarse para votar o su derecho de elegir su propio partido político o cualquier otra preferencia política, puede presentar una queja con: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Línea directa gratuita 1-800-552-8683).

DO NOT COMPLETE - COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE

<input type="checkbox"/> Given to client ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration ___/___/___	<input type="checkbox"/> Mailed to client ___/___/___
<input type="checkbox"/> Declined, not interested ___/___/___	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen ___/___/___	<input type="checkbox"/> Declined, already registered ___/___/___

INDAGACIÓN DE HISTORIA DELINCUENTE - MUCHA GENTE CON ANTECEDENTES DE DELINCUENCIA PUEDEN OBTENER BENEFICIOS, PERO TIENEN QUE ESTAR EN CUMPLIMIENTO DE LAS ÓRDENES DEL TRIBUNAL, LIBERTAD CONDICIONAL Y BAJO PALABRA Y NO DEBER MULTAS

Si usted está solicitando:

- **Beneficios de asistencia en efectivo o Cupones de Alimentos, deberá responder a las siguientes preguntas sobre usted y cualquier otra persona en cuyo nombre esté solicitando.**
- **Si sólo está solicitando Asistencia Médica, deberá responder a la pregunta No. 1 sobre usted y cualquier otra persona en cuyo nombre esté solicitando.**

Si respondió "sí" a una pregunta, nombre al miembro o miembros de la unidad familiar a quien corresponde la respuesta.

¿Alguna vez usted o cualquier persona en cuyo nombre está solicitando:

1. Sí No le han despachado un citatorio para presentarse como acusado en un caso del juzgado en lo penal? Miembro(s) de la familia _____
2. Sí No ha sido sentenciado por un delito grave o delito menor? Miembro(s) de la familia _____
3. Sí No ha sido condenado por un delito grave cometido después del 22 de agosto de 1996, por posesión, distribución o uso de una sustancia controlada? Miembro(s) de la familia _____
4. Sí No ha sido sentenciado por fraude contra el bienestar público? Miembro(s) de la familia _____
5. Sí No ha recibido un fallo del tribunal de pagar multas o costos por delincuencia o le ordenaron hacer restitución relacionada con una condena criminal? Miembro(s) de la familia _____
6. Sí No ha estado en libertad condicional o libre bajo palabra en virtud de un programa de Disposición Rehabilitativa Acelerada (ARD)? Miembro(s) de la familia _____
7. Sí No se ha dado a la fuga o actualmente se está fugando de agentes de la policía? Miembro(s) de la familia _____

RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS QUE PIDEN SÍ O NO. SI RESPONDE "SÍ", COMPLETE LAS CASILLAS NO SOMBREADAS.

La siguiente información se utilizará únicamente para determinar elegibilidad; no será divulgada a terceros.

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Alguna de las personas que está solicitando no es ciudadano de EE.UU.?		SÁLTESE ESTA CASILLA SI ESTA SOLICITUD ES ÚNICAMENTE PARA BENEFICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA			RFUG
NOMBRE DE LA PERSONA QUE NO ES CIUDADANO		FECHA EN QUE ENTRÓ A EE.UU.	DE QUÉ PAÍS	N.º REG. EXTRANJERO	SECCIÓN INS
		MES DÍA AÑO			

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Alguna de las personas nombradas tiene patrocinador?				
NOMBRE DEL PATROCINADOR (Apellido, nombre, inicial)		NOMBRE DE LA PERSONA / ORGANIZACIÓN	DIRECCIÓN DEL PATROCINADOR U ORGANIZACIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	
INGRESO / RECURSOS DEL PATROCINADOR		TIPO / FUENTE	¿CUÁNTO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA?

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Alguna de las personas nombradas es estudiante? (Tipo escuela: E=Primaria, M=Media, H=High School, C=Universidad, T=Entrenamiento, V=Vocacional)						SCH
NOMBRE	NOMBRE DE LA ESCUELA	TIPO ESCUELA	GRADO	MEDIO TIEMPO TIEMPO COMPLETO	FECHA ESPERADA DE GRADUACIÓN	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> C	MES	DÍA AÑO
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> C		
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> C		

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Alguna de las personas nombradas es veterano o personal activo militar, guardia nacional o reservas?						VET/SVI
NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RAMA DE SERVICIO	FECHA INGRESO	FECHA SALIDA	N.º RECL. VETERANO	
			MES DÍA AÑO	MES DÍA AÑO		

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Alguna de las personas nombradas es viuda, cónyuge o hijo menor de un veterano?					
NOMBRE	NOMBRE DEL VETRANO	RAMA DE SERVICIO	FECHA INGRESO	FECHA SALIDA	N.º RECL. VETERANO
			MES DÍA AÑO	MES DÍA AÑO	

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Alguna de las personas nombradas está discapacitada, gravemente enferma o necesita atención médica?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Se suspendió la SSI de alguna de las personas nombradas debido a un aumento en los beneficios de Seguro Social o porque empezó a recibirlos?		DIS/INC
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Alguna de las personas nombradas está recibiendo tratamiento o necesita superar un problema de drogadicción o alcoholismo?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Alguno de los padres nombrados padece una discapacidad física o mental que afecta su habilidad para cuidar a un niño?		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Alguna de las personas nombradas requiere medicamento para mantener la vida?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Alguna de las personas nombradas ha sido víctima de violencia doméstica?		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Alguna de las personas nombradas ha solicitado o recibido, o alguna de				
NOMBRE	DESCRIBA LA DISCAPACIDAD			FECHA CMZO DISCAPACIDAD
				MES DÍA AÑO

SI ESTÁ SOLICITANDO SÓLO CUPONES DE ALIMENTOS, SÁLTESE P. 7 Y 8.

USE ESTA PÁG. PARA PADRES Y/O CÓNYUGE QUE NO VIVE EN SU CASA

SÍ NO ¿El padre o la madre de alguna de las personas nombradas que sea menor de 21 años de edad no vive con usted o falleció?
 SÍ NO ¿Alguna de las personas nombradas tiene cónyuge que no vive con usted o que falleció?

ABS/REL

Si respondió "SÍ" a cualquiera o a ambas preguntas, proporcione la siguiente información para cada familiar. Complete una sección separada para cada familiar.

1	NOMBRE DEL FAMILIAR (Apellido, nombre, inicial)		✓ SI FALLECIÓ	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	RAZA	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿QUÉ PARENTESCO TIENE CON ESTA PERSONA?	
	DIRECCIÓN (Calle, Ciudad, Estado)						CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO	
	NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL FAMILIAR (Actual o más reciente)			DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Calle, Ciudad, Estado)			CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO	
	PERSONAS NOMBRADAS EN LA PÁG. 2 QUE ESTÁN A CARGO DE ESTA PERSONA				SI EL FAMILIAR TIENE SEGURO MÉDICO PARA ESTOS DEPENDIENTES, PROPORCIONAR INFORMACIÓN EN P. 4.				
	SI ESTE FAMILIAR PAGA MANUTENCIÓN O DEBERÍA PAGARLA, COMPLETAR LO SIGUIENTE								
	PARA MANUT. VOLUNTARIA		¿CUÁNTO? \$	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	ÚLTIMA FECHA DE PAGO (MM/DD/AAAA)	A QUIÉN LE PAGÓ			
	PARA MANUT. POR ORDEN	N.º DE ORDEN DEL TRIBUNAL	CANTIDAD \$	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA?	FECHA DE LA ORDEN (MM/DD/AAAA)	¿CUÁLES SON LOS TÉRMINOS ESPECIALES, SI LOS HAY?	NOMBRE TRIBUNAL CONDADO		

2	NOMBRE DEL FAMILIAR (Apellido, nombre, inicial)		✓ SI FALLECIÓ	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	RAZA	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿QUÉ PARENTESCO TIENE CON ESTA PERSONA?	
	DIRECCIÓN (Calle, Ciudad, Estado)						CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO	
	NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL FAMILIAR (Actual o más reciente)			DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Calle, Ciudad, Estado)			CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO	
	PERSONAS NOMBRADAS EN LA PÁG. 2 QUE ESTÁN A CARGO DE ESTA PERSONA				SI EL FAMILIAR TIENE SEGURO MÉDICO PARA ESTOS DEPENDIENTES, PROPORCIONAR INFORMACIÓN EN P. 4.				
	SI ESTE FAMILIAR PAGA MANUTENCIÓN O DEBERÍA PAGARLA, COMPLETAR LO SIGUIENTE								
	PARA MANUT. VOLUNTARIA		¿CUÁNTO? \$	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	ÚLTIMA FECHA DE PAGO (MM/DD/AAAA)	A QUIÉN LE PAGÓ			
	PARA MANUT. POR ORDEN	N.º DE ORDEN DEL TRIBUNAL	CANTIDAD \$	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA?	FECHA DE LA ORDEN (MM/DD/AAAA)	¿CUÁLES SON LOS TÉRMINOS ESPECIALES, SI LOS HAY?	NOMBRE TRIBUNAL CONDADO		

USE ESTA PÁG. PARA PADRES Y/O CÓNYUGE QUE NO VIVE EN SU CASA

Si respondió "Sí" a cualquiera o la preg. de la pág. 7, proporcione la siguiente información para cada familiar. Complete una sección separada para cada familiar.

3

NOMBRE DEL FAMILIAR (Apellido, nombre, inicial)	✓ SI FALLECIÓ	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	RAZA	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿QUÉ PARENTESCO TIENE CON ESTA PERSONA?
DIRECCIÓN (Calle, Ciudad, Estado)				CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO	
NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL FAMILIAR (Actual o más reciente)		DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Calle, Ciudad, Estado)			CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO
PERSONAS NOMBRADAS EN LA PÁG 2 QUE ESTÁN A CARGO DE ESTA PERSONA			SI EL FAMILIAR TIENE SEGURO MÉDICO PARA ESTOS DEPENDIENTES, PROPORCIONAR INFORMACIÓN EN P. 4.			
SI ESTE FAMILIAR PAGA MANUTENCIÓN O DEBERÍA PAGARLA, COMPLETAR LO SIGUIENTE						
PARA MANUT. VOLUNTARIA	¿CUÁNTO? \$	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	ÚLTIMA FECHA DE PAGO (MM/DD/AAAA)	A QUIÉN LE PAGÓ		
PARA MANUT. POR ORDEN	N.º DE ORDEN DEL TRIBUNAL	CANTIDAD \$	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA?	FECHA DE LA ORDEN (MM/DD/AAAA)	¿CUÁLES SON LOS TÉRMINOS ESPECIALES, SI LOS HAY?	NOMBRE TRIBUNAL CONDADO

4

NOMBRE DEL FAMILIAR (Apellido, nombre, inicial)	✓ SI FALLECIÓ	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	RAZA	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿QUÉ PARENTESCO TIENE CON ESTA PERSONA?
DIRECCIÓN (Calle, Ciudad, Estado)				CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO	
NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL FAMILIAR (Actual o más reciente)		DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Calle, Ciudad, Estado)			CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO
PERSONAS NOMBRADAS EN LA PÁG 2 QUE ESTÁN A CARGO DE ESTA PERSONA			SI EL FAMILIAR TIENE SEGURO MÉDICO PARA ESTOS DEPENDIENTES, PROPORCIONAR INFORMACIÓN EN P. 4.			
SI ESTE FAMILIAR PAGA MANUTENCIÓN O DEBERÍA PAGARLA, COMPLETAR LO SIGUIENTE						
PARA MANUT. VOLUNTARIA	¿CUÁNTO? \$	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	ÚLTIMA FECHA DE PAGO (MM/DD/AAAA)	A QUIÉN LE PAGÓ		
PARA MANUT. POR ORDEN	N.º DE ORDEN DEL TRIBUNAL	CANTIDAD \$	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA?	FECHA DE LA ORDEN (MM/DD/AAAA)	¿CUÁLES SON LOS TÉRMINOS ESPECIALES, SI LOS HAY?	NOMBRE TRIBUNAL CONDADO

SI TIENE MÁS FAMILIARES – PROPORCIONE LA INFORMACIÓN EN OTRA HOJA

RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS QUE PIDEN SÍ O NO. SI RESPONDE "SÍ", COMPLETE LAS CASILLAS NO SOMBREADAS

SÍ NO ¿Trabaja alguna persona que vive en su casa, incluso por su cuenta? **WRK HST**
 SÍ NO ¿Le redujeron a usted o alguna otra persona que vive en su casa el número de horas trabajadas?
 SÍ NO ¿Alguna de las personas que vive en su casa ha trabajado en los últimos cinco años?
 Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, complete lo siguiente.

NOMBRE	NOMBRE DEL PATRÓN	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Calle, Ciudad, Estado)	TELÉFONO	FECHA INICIO MES / DÍA / AÑO	FECHA FIN MES / DÍA / AÑO	N.º DE HORAS TRABAJÓ A LA SEMANA

SÍ NO ¿Algún miembro de tu familia está en huelga? Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Cuándo comenzó la huelga? mm ____ dd ____ aaaa ____

SI ESTÁ SOLICITANDO SÓLO BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS, SÁLTESE ESTA PARTE

SÍ NO Si usted o alguna de las personas que viven en su casa tiene empleo, ¿le ofrecen seguro médico a través del empleo para usted o para alguna persona de su familia? **HIPP**
 SÍ NO ¿La pérdida de un trabajo durante los pasados 30 días le causó a alguna persona que vive en su casa que perdiera su seguro médico? Si es así, indique la fecha en que terminó la cobertura: _____
 SÍ NO ¿Hay alguna mujer embarazada viviendo en su casa?
 SÍ NO ¿Hay alguna persona gravemente enferma viviendo en su casa?

NOMBRE	ENFERMEDAD	FECHA ESPERADA DE ALIVIO

SI ESTÁ SOLICITANDO SÓLO ASISTENCIA MÉDICA Y ESTÁ EMBARAZADA, ES MENOR DE 21 O TIENE NIÑOS A SU CARGO MENORES DE 21 QUE VIVEN CON USTED, SÁLTESE ESTA PARTE

¿Alguien en su familia tiene alguno de los siguientes recursos? **MISC**
 SÍ NO Dinero en efectivo (01) SÍ NO Certificado de ahorros (26) SÍ NO Fondo fiduciario (06)
 SÍ NO Cuenta de ahorros (02) SÍ NO Bonos de ahorros de EE.UU. (05) SÍ NO Lancha / motonieve / cámper (14)
 SÍ NO Cuenta de cheques (03) SÍ NO Club navideño o de vacaciones (04) SÍ NO Cuenta de ahorros familiar (FSA)
 SÍ NO Certificados de depósito (26) SÍ NO Acciones o bonos (05) SÍ NO IRA, KEOGH, u otro plan de jubilación (27)

NOMBRE DEL PROPIETARIO	TIPO / NO. DE CUENTA / UBICACIÓN DEL RECURSO	VALOR ACTUAL

SÍ NO ¿Alguna persona que vive en su casa está esperando dinero o cualquier tipo de recurso como, por ejemplo, un pago por una demanda de accidente, herencia, fondo fiduciario o algún otro recurso?
 Si respondió "SÍ", tipo de recurso _____ Valor _____ ¿En qué fecha lo recibirá? _____
 SÍ NO ¿Alguna de las personas que vive en su casa vendió, traspasó o regaló una casa, terreno, propiedad personal o algún otro recurso durante los pasados 36 meses?
 Si respondió "SÍ", describa el tipo de propiedad _____ Valor _____ Fecha _____

SI ESTÁ SOLICITANDO SÓLO ASISTENCIA MÉDICA Y ESTÁ EMBARAZADA, ES MENOR DE 21 O TIENE NIÑOS A SU CARGO MENORES DE 21 QUE VIVEN CON USTED, SÁLTESE ESTA PARTE

RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS QUE PIDEN SÍ O NO. SI RESPONDE "SÍ", COMPLETE LAS CASILLAS NO SOMBREADAS.

SÍ NO **¿Alguien de su familia tiene o planea comprar un automóvil, camión o motocicleta?** **MV**
 Si tiene un vehículo recreativo como un cámper, lancha o casa a motor, anótelo como REC. MISC. en la página 9

NOMBRE(S) DE PROPIETARIO(S)	AÑO	MARCA	MODELO	CIRCULA	NÚMERO DE PLACA	CANTIDAD EN DEUDA	PAGO MENSUAL AUTO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

SÍ NO **¿Alguna persona que vive en su casa tiene una póliza de seguro de vida? (SI ESTÁ SOLICITANDO SÓLO BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS, SÁLTESE ESTA PARTE)** **INS**

PROPIETARIO DE LA PÓLIZA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA / NÚMERO DE PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO	¿QUIÉN TIENE COBERTURA?
			\$	
			\$	
			\$	

SÍ NO **¿Alguna persona que vive en su casa está cubierta por una póliza contra accidentes? (NO ANOTE AQUÍ SEGURO MÉDICO NI AUTOMOVILÍSTICO? – COMPLETE LA PÁGINA 4)**

SI RESPONDIÓ "SÍ"	Compañía aseguradora	Tipo de póliza (accidente, pérdida de miembros, discapacidad, etc.)
--------------------------	----------------------	---------------------------------------------------------------------

SÍ NO **¿Alguna de las personas que vive en su casa tiene una parcela funeraria?** **BRL**

PROPIETARIO DE LAS PARCELAS	NÚMERO DE PARCELAS	VALOR	CANTIDAD EN DEUDA	NOMBRE DEL CEMENTERIO
		\$	\$	
		\$	\$	

SÍ NO **¿Alguna de las personas que vive en su casa tiene un contrato funerario con un banco o funeraria?**

PROPIETARIO DEL CONTRATO	BANCO / FUNERARIA	DIRECCIÓN DEL BANCO / FUNERARIA (calle, ciudad, estado y código postal)

SI ESTÁ SOLICITANDO SÓLO ASISTENCIA MÉDICA Y ESTÁ EMBARAZADA, ES MENOR DE 21 O TIENE NIÑOS A SU CARGO MENORES DE 21 QUE VIVEN CON USTED, SÁLTESE ESTA PARTE

SÍ NO ¿Alguna de las personas que vive en su casa es propietaria o va a comprar propiedad de no residente o una casa móvil de no residente? Si respondió "SÍ" complete las casillas no sombreadas.

PROP

NOMBRE	FECHA DE ADQUISICIÓN	VALOR EN EL MERCADO	NOMBRES EN LAS ESCRITURAS / CONTRATO
	MES DÍA AÑO	\$	

DIRECCIÓN DE LA PROPIEDAD (Calle, ciudad, estado y código postal)

NOMBRE	FECHA DE ADQUISICIÓN	VALOR EN EL MERCADO	NOMBRES EN LAS ESCRITURAS / CONTRATO
	MES DÍA AÑO	\$	

DIRECCIÓN DE LA PROPIEDAD (Calle, ciudad, estado y código postal)

Anote toda cuenta médica QUE NO HA PAGADO.

MED EXP

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DEBE EL DINERO	FRECUENCIA	CANTIDAD A PAGAR	¿QUIÉN PRESTÓ EL SERVICIO?	TIPO DE CUENTA (doctor, hospital, recetas médicas, etc.)	FECHA DEL SERVICIO
		\$			MES DÍA AÑO

Anote toda cuenta médica PAGADA durante los tres meses previos al mes de la solicitud y/o cualquier cuenta pagada durante el mes de la solicitud.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DEBE EL DINERO	FRECUENCIA	CANTIDAD A PAGAR	¿QUIÉN PRESTÓ EL SERVICIO?	TIPO DE CUENTA (doctor, hospital, recetas médicas, etc.)	FECHA DEL SERVICIO
		\$			MES DÍA AÑO

RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS QUE PIDEN SÍ O NO. SI RESPONDE "SÍ", COMPLETE LAS CASILLAS NO SOMBREADADAS.

SHEL

GASTOS

- SÍ NO ¿Pagó calefacción o aire acondicionado?
 SÍ NO ¿Le llega a alguien que vive en su casa la cuenta de calefacción o aire acondicionado?
 SÍ NO ¿Ha recibido alguna asistencia con el pago de energía (LIHEAP) desde el 1º de octubre a esta fecha?
 SÍ NO ¿Tiene gastos de servicios básicos que no sean calefacción o aire acondicionado como luz, agua, alcantarilla o teléfono?
 SÍ NO ¿Vive en vivienda de asistencia social (Sección 8 o HUD)?
 SÍ NO ¿Recibió concesión para servicios básicos? Si respondió Sí, indique cantidad. \$ _____
 SÍ NO ¿Su renta incluye comidas?
 SÍ NO ¿Comparte los gastos? ¿Con quién? _____ ¿Cuáles gastos comparten (renta/servicios o ambos)? _____
 ¿Cuánto contribuye usted? _____.

INDIQUE SUS GASTOS DE BOLSILLO PARA LA CASA (INFORMACIÓN ADICIONAL EN LA PÁGINA 16 SI NO VERIFICA ESTOS GASTOS)

GASTOS	¿CUÁNTO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	GASTOS	SÍ	NO	GASTOS	SÍ	NO
RENTA O HIPOTECA	\$		TELÉFONO			AGUA		
IMPUESTOS SOBRE LA PROPIEDAD (ciudad, condado, escuela)	\$		LUZ			ALCANTARILLA		
SEGURO DEL PROPIETARIO DE CASA	\$		GAS			BASURA		
OTROS GASTOS COMO RENTA DE LOTE, CUOTAS DE CONDOMINIO, KEROSENO, ETC.	\$		COMBUSTIBLE/ CARBÓN/LEÑA			INSTALACIÓN DE SERVICIOS		

- SÍ NO ¿Alguna persona que no vive en su casa paga parte de sus gastos?
 De ser así ¿qué paga? _____ ¿Cuánto? \$ _____ ¿A quién? _____

INGRESOS

- SÍ NO ¿ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA TIENE INGRESOS?
 Si la respuesta es "Sí", anote todo ingreso recibido este mes o que espera recibir en este mes.

Los ingresos incluyen, entre otros, lo siguiente:

SALARIOS	ALQUILER DE HABITACIONES	SSI	COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO O DEL TRABAJADOR
PENSIONES	EMPLEO POR CUENTA PROPIA	RENTA	MANUTENCIÓN
DINERO PARA CAPACITACIÓN	COMISIONES	CUIDAR NIÑOS	SEGURO SOCIAL
BENEFICIOS POR ENFERMEDAD	DIVIDENDOS O INTERESES	PAGA DEL SINDICATO	

NOMBRE	TIPO / FUENTE DEL INGRESO	¿CUÁNTO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	FECHA RECIB. MES / DÍA / AÑO
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

INGRESOS Y GASTOS

Anote las prestaciones (beneficios) que cualquiera de las personas que viven en su casa haya solicitado pero que aún no recibe, como Compensación por Desempleo, Compensación del Trabajador, Seguro Social o SSI.

INGRESOS

NOMBRE	TIPO / FUENTE DEL INGRESO	FECHA RECIB. MES / DÍA / AÑO	¿CUÁNTO?	CUANDO LO ESPERA
			\$	
			\$	
			\$	

Anote los gastos relacionados con el cuidado de un niño o un adulto discapacitado que vive en su casa incurridos por cualquier persona que trabaja, está buscando trabajo o va a la escuela o está en un programa de capacitación.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REQUIERE ATENCIÓN	NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO CUIDA	¿CUÁNTO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA?
		\$	
		\$	

Anote la información referente a la manutención infantil que usted u otro miembro de la casa le paga a una persona que no vive con ustedes.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA	NOMBRE DEL NIÑO	CANTIDAD DE LA ORDEN DE MANUTENCIÓN	CANTIDAD EFECTIVA PAGADA	¿CON QUÉ FRECUENCIA?
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Anote lo que usted o cualquier otra persona que vive en su casa tiene que gastar para recibir ingresos, como por ejemplo transporte u honorarios de abogados.

NOMBRE	VIAJE REDONDO EN MILLAS AL TRABAJO	OTROS GASTOS DE TRANSPORTE	HONORARIOS DE ABOGADOS	BANCO Y OTROS GASTOS

CAO OFFICE USE ONLY

1. YES NO Is anyone in the application group receiving food stamps and not living in a certified shelter for battered women and children?
2. YES NO Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide?
3. YES NO Are the household liquid resources equal to or less than \$100?
4. YES NO Is the countable monthly gross income less than \$150?
5. YES NO Is this a migrant or seasonal farm worker household?
6. YES NO Is the household destitute?
7. YES NO Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?

EXPEDITED REVIEW	INITIALS	DATE
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE <input type="checkbox"/> DENIED --	CLIENT NOTIFIED	
REASON FOR DENIAL:		
REGISTERED FOR CATEGORIES		

DERECHOS DEL CLIENTE

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con las leyes federales y con las normas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por la raza, el color de la piel, la nación de origen, el sexo, la edad, la religión, creencias políticas o cualquier discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, envíe una carta a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 o (202) 401-0216 (TDD). USDA es un proveedor y empleador de igual oportunidad para todos.

DERECHO DE APELAR

Usted tiene el derecho de pedir una audiencia ante el Departamento de Bienestar Público de Pennsylvania para apelar una decisión del Departamento o una falta de acción del Departamento que afecta los beneficios de usted o que usted cree que es injusta o incorrecta. Usted puede presentar la apelación en la Oficina de Asistencia del Condado (CAO). En la audiencia de la apelación, usted se puede representar a sí mismo u otra persona lo puede representar, como un abogado, un amigo o un pariente.

DERECHO A UNA CONFERENCIA CON LA AGENCIA

Si usted presenta una apelación, puede tener una conferencia con la agencia antes de la audiencia. Si presenta una apelación debido a que el Departamento decidió que usted no califica para servicio urgente de cupones de alimentos, usted tiene el derecho a una conferencia con un supervisor de la agencia en un plazo de máximo de dos días hábiles.

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO

Le proporcionaremos una notificación por escrito para explicarle sus beneficios. Si negamos, cambiamos, suspendemos o cancelamos los beneficios, le explicaremos la razón en la notificación. Tiene 30 días (90 días en el caso de cupones de alimentos) a partir de la fecha de envío del aviso para pedir una audiencia si no está de acuerdo con la acción realizada y/o los motivos indicados.

DERECHO A UNA CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE

Usted tiene el derecho a pedirle al Departamento que le proporcione un Certificado de Cobertura Acreditable para verificar su cobertura de Asistencia Médica. Las leyes federales limitan las situaciones en que se puede negar o limitar la cobertura médica debido a padecimientos preexistentes. Si usted se inscribe en un plan médico colectivo que excluye el tratamiento de una enfermedad preexistente, se le podrá acreditar el tiempo que recibió Asistencia Médica. Usted puede solicitar un certificado para verificar su cobertura de Asistencia Médica. Comuníquese con el trabajador que maneja su caso para solicitar este certificado.

DERECHO A CONFIDENCIALIDAD

Nosotros mantenemos en calidad confidencial la información que nos proporciona y la utilizamos únicamente para fines de administración de los programas en los que presenta una solicitud y los programas para los que podría calificar, como el programa de almuerzos escolares, el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) o adultBasic. Cualquier persona que de manera consciente infrinja cualquiera de las reglas y reglamentos de este Departamento será culpable de un delito menor y, al ser condenada por ello, su sentencia será pagar una multa que no excederá cien dólares (\$100) o ir a la cárcel, por un periodo que no excederá seis meses o ambas cosas (62 P.S. Section 483). La Oficina de Asistencia del Condado, cuando le sea solicitado, deberá informarle a los agentes de policía federales, estatales y locales la dirección, número de seguro social y fotografía (de tener una) de cualquier individuo que se haya dado a la fuga para evitar proceso, custodia o encarcelamiento por un delito grave o por violar su libertad condicional bajo palabra.

DERECHO A RECLAMAR CAUSA JUSTIFICADA

La ley dispone que debe cooperar para establecer la paternidad de cualquier niño nacido fuera del matrimonio y obtener cualquier manutención que se le deba a usted o a su(s) hijo(s) para quien(es) desea efectivo o Asistencia Médica. El Departamento le exentará de cooperar con los requisitos de manutención si usted comprueba que no sería lo mejor para usted o el niño para quien reclama asistencia. Si no tiene la exención de los requisitos de empleo y capacitación, usted deberá cumplir a menos que tenga una causa justificada. Usted deberá cumplir con los requisitos del Reporte Semestral a menos que tenga una causa justificada para no hacerlo.

OBLIGACIONES DEL CLIENTE

OBLIGACIÓN DE RECONOCER RESPONSABILIDAD DE INMUEBLES O PROPIEDAD PERSONAL

Si está solicitando asistencia en efectivo y es propietario de inmuebles no residenciales y/o de propiedad personal, es posible que le exijamos que firme un acuerdo de reponer los beneficios que usted, su cónyuge y sus hijos menores hayan recibido.

Si usted tiene 55 años de edad o más y recibe Asistencia Médica para pagar los servicios de una institución para ancianos, servicios de cuidado en el hogar y la comunidad y cualquier servicio de hospital y recetas médicas relacionado, tendrá que reponer el costo de esos servicios de su herencia.

OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Usted deberá proporcionar información verídica, correcta y completa. Usted debe cooperar documentando o comprobando la información que proporcione. Se le podrá negar la asistencia en efectivo si usted no proporciona ciertos comprobantes. Si no puede proporcionar comprobantes, deberá pedirle ayuda a la Oficina de Asistencia del Condado (CAO). Usted debe cooperar plenamente con las personas o investigadores del Departamento o de la Oficina del Inspector General (OIG) que estén llevando a cabo investigaciones.

OBLIGACIÓN DE REPORTAR CAMBIOS

En el caso de asistencia en efectivo y Asistencia Médica, usted deberá reportar todo cambio en: el número de personas que viven en su casa, la dirección, nuevo ingreso de fuentes ajenas al trabajo, la propiedad inmobiliaria y otros recursos (como cuentas bancarias o seguro de vida). Sin embargo, para Asistencia Médica, si está embarazada, si es menor de 21 años de edad o si tiene hijos dependientes menores de 21 años viviendo en su casa, usted no tiene que reportar los cambios en sus recursos. Usted deberá reportar cualquier plan de mudarse del estado, aunque sea temporal. Si no tiene ingreso por trabajo, deberá reportar cualquier empleo nuevo o ingreso nuevo proveniente de empleo por su cuenta. Si tiene ingreso por empleo, deberá reportar si su ingreso bruto mensual por trabajo aumenta más \$100 más que el ingreso bruto mensual estimado que se utilizó para determinar su beneficio. Si tiene ingresos que no provienen de su trabajo, deberá reportar si su ingreso bruto mensual que no proviene del trabajo aumenta más de \$50 que la cantidad que se utilizó para determinar su beneficio. Tiene que reportar los cambios durante los primeros 10 días del mes siguiente al mes en que ocurren los cambios.

En el caso de las unidades familiares que reciben cupones de alimentos y no proporcionan informes semestrales (SAR), tienen que reportar los cambios descritos para asistencia en efectivo con tres excepciones. Si tiene ingresos que no provienen del trabajo, tiene que reportar aumentos o disminuciones de más de \$50 en sus ingresos que no provienen del trabajo. Además, no tiene que reportar cambios en seguro de vida y ausencias temporarias del estado o del condado.

En el caso de las unidades familiares que reciben cupones de alimentos y que participan en el SAR, deberá reportar si el ingreso bruto total de su casa excede el 130 por ciento de las Pautas de Pobreza para Ingreso Federal (FPIG) según el tamaño de su unidad familiar. Se debe informar el cambio en un plazo de 10 días naturales del fin del mes en que el ingreso bruto mensual excede el 130 por ciento de las FPIG. Su trabajadora social le explicará su requisito específico para reportar sus ingresos.

Además, las unidades familiares en las que viva un adulto capaz sin personas a cargo (ABAWD) que reciben cupones de alimentos y que participan en SAR, deberán reportar si las horas de trabajo del ABAWD disminuyen a un promedio de menos de 20 horas semanales. Un ABAWD es una persona que puede trabajar, que tiene entre 18 y 49 años de edad y que no tiene ningún hijo menor de 18 años que vive con usted.

Si se comprueba, sin causa justificada, no reportó ingreso ganado en el trabajo de una manera oportuna, es posible que no reciba una deducción por ingreso ganado en el trabajo sobre el ingreso no reportado. Eso podría reducir la cantidad de asistencia en efectivo o los cupones de alimentos a los que tiene derecho y podría aumentar la cantidad de nuestra reclamación de pago en exceso.

Puede reportarle los cambios a la CAO en persona, por teléfono, por fax o por correo.

OBLIGACIÓN DE UTILIZAR LA TARJETA PA ACCESS DE UNA MANERA LEGAL

Usted puede usar la tarjeta PA ACCESS para servicio únicamente durante el periodo para el que califique. Usted deberá usar la tarjeta únicamente para la persona calificada y sólo puede recibir los servicios necesarios y razonables.

OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

En el caso de beneficios de efectivo, Asistencia Médica y/o cupones de alimentos, usted debe proporcionar el número de Seguro Social de cada persona para quien solicita beneficios. Si no tiene un número de Seguro Social, deberá presentar una solicitud para obtenerlo. Si no proporciona un SSN, podría ser descalificado. En el caso de beneficios de dinero en efectivo, también le pediremos que proporcione el número de seguro social de cualquier otra persona cuyo ingreso y/o recursos afectan la elegibilidad de usted o la cantidad de sus beneficios. Su número de Seguro Social se usa para verificar su identidad y para prevenir la duplicación de beneficios estatales y federales. Su número de Seguro Social se usa para verificaciones de ingresos y recursos por medio de computadora que podrían verificar su elegibilidad y/o sus beneficios. El extranjero que solicita Asistencia Médica de urgencia únicamente no tiene que proporcionar un número de Seguro Social. (42 U.S.C. §1320b-7).

PROHIBICIONES Y SANCIONES

Usted **no** debe:

- dar información falsa, incorrecta o incompleta;
- comerciar, vender ni alterar la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) ni su tarjeta PAACCESS;
- usar los beneficios de las tarjetas EBT o PA ACCESS de otra persona;
- usar sus cupones de alimentos para comprar artículos que no entran en el programa, como son bebidas alcohólicas o tabaco;
- utilizar los beneficios de los cupones de alimentos para comprar drogas o sustancias controladas, armas de fuego, municiones o explosivos; o
- usar sus beneficios de cupones de alimentos para pagar comida que ya recibió o usar sus beneficios de cupones de alimentos para comprar comida a crédito.

Cualquier miembro de su familia que sea encontrado culpable por un juzgado o una audiencia de descalificación administrativa por violar cualquiera de las reglas que se mencionan arriba o de que firme un acuerdo de consentimiento de descalificación voluntaria o renuncia de una audiencia de descalificación se le prohibirá que obtenga beneficios de asistencia en efectivo o de cupones de alimentos durante:

- 12 meses por la primera infracción;
- 24 meses por la segunda infracción; **y**
- de manera permanente en caso de la segunda infracción.

Cualquier miembro de su familia que sea declarado culpable por un tribunal por usar los beneficios de los cupones de descuento para comprar sustancias controladas, perderá sus derechos por:

- 24 meses por la primera infracción, **y**
- de manera permanente en caso de la tercera infracción.

Cualquier miembro de su familia que sea declarado culpable por un tribunal por comprar o vender beneficios de cupones de alimentos u otros instrumentos de beneficio por dinero u otro que no sea alimentos o en intercambio por armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas que sumen \$500 o más en cupones de alimentos será descalificado definitivamente.

Cualquier miembro de la familia que sea declarado culpable por un tribunal o por una audiencia de descalificación administrativa por dar datos falsos sobre su identidad o residencia con la finalidad de recibir múltiples cupones de alimentos será descalificado por 10 años.

Cualquier miembro de la familia que se haya dado a la fuga con el fin de evitar proceso, custodia o encarcelamiento por un delito grave o intento de delito grave, o que viole su libertad condicional bajo palabra no reunirá los requisitos de calificación para asistencia en efectivo y cupones de alimentos hasta que la situación sea aclarada.

Todo individuo que haya sido condenado por un delito grave o un delito menor que no haya cumplido la pena impuesta por el tribunal no calificará para recibir asistencia en efectivo.

Un individuo no será elegible para recibir asistencia en efectivo por un periodo de 10 años si es condenado de falsedad fraudulenta en la representación de su residencia para fines de recibir beneficios adicionales de dos o más estados.

La asistencia en efectivo se reducirá en la misma cantidad que las cantidades recibidas al canjear un cheque de asistencia en un casino de apuestas, en un hipódromo, salón de bingo u otro establecimiento que derive más del 50 por ciento de sus ganancias brutas de las apuestas.

Si usted no reporta los cambios como se dispone, sus beneficios serán reducidos o suspendidos. Si a propósito no proporciona la información correcta ni reporta los cambios, podrían enjuiciarlo y si lo declaran culpable, multarlo y/o encarcelarlo por robo por engaño. El uso impropio de la tarjeta PAACCESS para servicios médicos y/o transferencias electrónicas de efectivo y cupones de alimentos podría resultar en una multa, encarcelamiento o ambos.

Si lo declaran culpable por violar este reglamento, o por cometer fraude, podría también quedar sujeto a:

- multa de hasta \$250,000 en el caso de cupones de alimentos y hasta \$15,000 en el caso de efectivo;
- encarcelamiento de hasta 20 años en el caso de cupones de alimentos y hasta siete años en el caso de efectivo;
- y/o**
- tener que reponer los beneficios que recibió.

REQUISITOS DE TRABAJO / SANCIONES DE CUPONES DE ALIMENTOS

Si usted está mental y físicamente capacitado, tiene más de 15 años y menos de 60 años de edad y no le corresponde ninguna exención, usted no puede rehusar a registrarse para empleo; participar en un programa aprobado de empleo y capacitación a menos que tenga un motivo justificado; proporcionar información adecuada a la oficina de asistencia del condado de su localidad sobre su situación de empleo y disponibilidad de trabajo a menos que tenga causa justificada o cumpla con el programa de trabajo (workfare). Además, usted no debe renunciar a su trabajo voluntariamente sin ninguna razón de peso o bien reducir el número de horas laborales que trabaja, si después de la reducción trabajaría menos de 30 horas a la semana.

Si usted o alguno de los miembros de su familia viola cualquiera de los requisitos que se mencionan arriba, usted o esa persona podrá ser descalificado para recibir cupones de alimentos. Antes de que sea impuesta la descalificación, usted recibirá un aviso y tendrá derecho de apelar y recurrir a una audiencia imparcial.

Los periodos de descalificación mínimos son: por la primera infracción; un mes y a partir de ese momento hasta que cese el incumplimiento; por la segunda infracción, tres meses y a partir de ese momento hasta que cese el incumplimiento; y para la tercera y las infracciones subsiguientes, seis meses y a partir de ese momento hasta que cese el incumplimiento.

REQUISITOS DE TRABAJO / SANCIONES DE ASISTENCIA EN EFECTIVO

Un participante obligatorio que no coopere con el requisito de trabajo, que no acepte una oferta de trabajo genuina o que deje su empleo; reduzca sus ingresos o no procure, sin causa justificada, solicitar trabajo, quedará descalificado para asistencia en efectivo. El periodo de pena es:

Primera instancia - 30 días o hasta que cese el incumplimiento, lo que sea más.

Segunda instancia - 60 días o hasta que cese el incumplimiento, lo que sea más.

Tercera instancia - permanentemente.

Si un individuo no se presenta a una cita inicial con una actividad de trabajo contratada, o si no completa una determinación parcial relacionada con la falta de cooperación con una actividad de trabajo, todo el grupo de asistencia quedará descalificado.

Si el motivo de la pena ocurre durante los primeros 24 meses de haber recibido la asistencia en efectivo, bien sea de manera consecutiva o interrumpida, la pena se aplica únicamente al individuo.

Si el motivo de la pena ocurre después de los primeros 24 meses de haber recibido la asistencia en efectivo, bien sea de manera consecutiva o interrumpida, la pena se aplica a todo el grupo.

En lugar de las penas dispuestas arriba, si un individuo empleado voluntariamente, sin causa justificada, reduce sus ingresos al no cumplir con el requisito de trabajo, el subsidio en efectivo se reducirá en la cantidad en dólares del ingreso que hubiese ganado si el beneficiario hubiese cumplido su requisito de trabajo, hasta que cumpla el requisito.

DECLARACIÓN JURADA

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO DECLARO QUE:

- Leí esta solicitud en su totalidad o alguien me la leyó y entiendo las preguntas que se me han hecho.
- Recibí una copia de mis derechos y obligaciones y la leí o alguien me la leyó; entiendo y estoy de acuerdo en cumplirlos.
- Yo proporcionaré o colaboraré para obtener cualquier información que se necesite para comprobar mis declaraciones.
- Debo reportar cambios en mis circunstancias dentro de los primeros 10 días naturales del mes después del mes del cambio, a menos que esté reportando los beneficios de cupones de alimentos semestralmente.
- Yo cooperaré con los requisitos del programa de cumplimiento de la manutención de los hijos según lo disponga el Departamento de Bienestar Público (DPW).
- Si recibo dinero en efectivo y/o beneficios de Asistencia Médica, yo le concederé al estado y/o a la Sección de Relaciones Domésticas el derecho de solicitar y cobrar manutención en efectivo y/o médico para mí y los demás en cuyo nombre estoy solicitando.
- Si recibo un cheque para mis beneficios de asistencia en efectivo, la trabajadora social me leyó la certificación al dorso del cheque y cada vez que yo firme un cheque estoy firmando la certificación.
- Yo soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud aunque la solicitud sea presentada por alguien que está actuando en mi nombre.
- Doy mi consentimiento y colaboraré plenamente en el proceso de registro digital de huella digital, fotografía y firma. Entiendo que si rehúso cooperar me podrían negar los beneficios.
- Declaro que, con sujeción a las penas dispuestas por ley, la información que proporciono es correcta y completa a mi mejor saber y entender.
- Estoy autorizando al DPW que divulgue al organismo correspondiente, información respecto a que recibo asistencia en efectivo, beneficios de cupones de alimentos y/o Asistencia Médica según corresponda para calificar a mi empleador para que reciba créditos fiscales y/o estatales.
- Si recibo asistencia en efectivo, tendré que firmar un Acuerdo de Responsabilidad Mutua que define mi plan de lograr la autosuficiencia.
- Si me llama Control de Calidad sobre información que proporcioné en esta solicitud, cooperaré con sus preguntas.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO ENTIENDO QUE:

- La Oficina del Inspector General (OIG) podrá visitar mi residencia en un plazo de 7 a 10 días a partir de la fecha en que yo firme la solicitud de beneficios para confirmar la información que le proporcioné a la Oficina de Asistencia del Condado.
- El estado opera un programa para controlar el fraude en virtud del cual los agentes locales, estatales y federales pueden verificar la información que yo proporcioné. La verificación incluirá confirmación a través de los Expedientes de Registro de Delincuentes de la Policía Estatal de Pennsylvania, los expedientes de la Oficina Administrativa de Juzgados de Pennsylvania y otros expedientes disponibles.
- El Estado podrá obtener información sobre mis circunstancias de otras fuentes, incluso por computadora y los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU., salvo en el caso de las personas que soliciten únicamente Asistencia Médica para emergencia.
- Debo reportar cambios en mis circunstancias dentro de los primeros 10 días naturales del mes después del mes del cambio, a menos que esté reportando los beneficios de cupones de alimentos semestralmente. (Consulte las páginas 17 y 18 para los requisitos del informe.)
- Me podrán reducir o suspender los beneficios o multarme (incluso me podrán acusar de fraude) por dar información falsa o engañosa o por no reportar cambios que afectarían mis beneficios.
- Le concedo al Estado el derecho de tratar de conseguir, con o sin proceso legal, el pago de seguro médico privado o público o de un tercero responsable. La cantidad recuperada no excederá la cantidad pagada por Asistencia Médica.
- La Sección de Relaciones Domésticas del Estado tiene el derecho de evaluar todos los expedientes de servicios médicos pagados por Asistencia Médica.
- El pago de servicios médicos se hará directamente al proveedor, no a mí. Esto incluye los pagos de Asistencia Médica.
- La ley dispone la asignación automática al Estado de los derechos de manutención para mí y las demás personas en cuyo nombre estoy aceptando asistencia en efectivo y/o Asistencia Médica.
- Si recibo beneficios de dinero en efectivo, toda manutención, incluso retrasos, se pagará al Estado. Cuando los beneficios de dinero en efectivo terminen, se podrán los pagos atrasados al Estado para reponer la cantidad de efectivo y otras clases de asistencia reembolsable que haya recibido para mi familia. La cantidad de los pagos atrasados que se pagará al Estado no excederá los pagos atrasados asignados al Estado ni la asistencia total reembolsable que haya recibido para mi familia, lo que sea menos. La cantidad total del reembolso de manutención de los hijos y otras fuentes no excederá la cantidad total de asistencia reembolsable recibida. Si recibo beneficios médicos, se podría pagar manutención médica al Estado. La manutención médica retenida por el Estado no será más que la cantidad pagada en virtud del programa de Asistencia Médica.
- **Si no reporto los gastos de la unidad familiar o no proporciono los comprobantes significará que no quiero recibir una deducción por el gasto no reportado o no comprobado (autoridad: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Mid-Atlantic region, Administrative Note 6-99, expedido Jan. 4, 1999). Entiendo que tengo el derecho de recibir crédito por los gastos de la unidad familiar cuando reporte dichos gastos y me podrían pedir que proporcione comprobantes de los mismos en cualquier momento de mi periodo de certificación para recibir cupones de alimentos.**

FIRMA DEL CLIENTE O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA	ID	FIRMAS DEL EMPLEADO/TESTIGO	FECHA
DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE (calle, ciudad, código postal)				NÚMERO DE TELÉFONO
SEGUNDO TESTIGO ARRIBA FIRMÓ CON UNA (X)			DIRECCIÓN DEL TESTIGO	FECHA

DERECHOS DEL CLIENTE

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con las leyes federales y con las normas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por la raza, el color de la piel, la nación de origen, el sexo, la edad, la religión, creencias políticas o cualquier discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, envíe una carta a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 o (202) 401-0216 (TDD). USDA es un proveedor y empleador de igual oportunidad para todos.

DERECHO DE APELAR

Usted tiene el derecho de pedir una audiencia ante el Departamento de Bienestar Público de Pennsylvania para apelar una decisión del Departamento o una falta de acción del Departamento que afecta los beneficios de usted o que usted cree que es injusta o incorrecta. Usted puede presentar la apelación en la Oficina de Asistencia del Condado (CAO). En la audiencia de la apelación, usted se puede representar a sí mismo u otra persona lo puede representar, como un abogado, un amigo o un pariente.

DERECHO A UNA CONFERENCIA CON LA AGENCIA

Si usted presenta una apelación, puede tener una conferencia con la agencia antes de la audiencia. Si presenta una apelación debido a que el Departamento decidió que usted no califica para servicio urgente de cupones de alimentos, usted tiene el derecho a una conferencia con un supervisor de la agencia en un plazo de máximo de dos días hábiles.

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO

Le proporcionaremos una notificación por escrito para explicarle sus beneficios. Si negamos, cambiamos, suspendemos o cancelamos los beneficios, le explicaremos la razón en la notificación. Tiene 30 días (90 días en el caso de cupones de alimentos) a partir de la fecha de envío del aviso para pedir una audiencia si no está de acuerdo con la acción realizada y/o los motivos indicados.

DERECHO A UNA CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE

Usted tiene el derecho a pedirle al Departamento que le proporcione un Certificado de Cobertura Acreditable para verificar su cobertura de Asistencia Médica. Las leyes federales limitan las situaciones en que se puede negar o limitar la cobertura médica debido a padecimientos preexistentes. Si usted se inscribe en un plan médico colectivo que excluye el tratamiento de una enfermedad preexistente, se le podrá acreditar el tiempo que recibió Asistencia Médica. Usted puede solicitar un certificado para verificar su cobertura de Asistencia Médica. Comuníquese con el trabajador que maneja su caso para solicitar este certificado.

DERECHO A CONFIDENCIALIDAD

Nosotros mantenemos en calidad confidencial la información que nos proporciona y la utilizamos únicamente para fines de administración de los programas en los que presenta una solicitud y los programas para los que podría calificar, como el programa de almuerzos escolares, el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) o adultBasic. Cualquier persona que de manera consciente infrinja cualquiera de las reglas y reglamentos de este Departamento será culpable de un delito menor y, al ser condenada por ello, su sentencia será pagar una multa que no excederá cien dólares (\$100) o ir a la cárcel, por un periodo que no excederá seis meses o ambas cosas (62 P.S. Section 483). La Oficina de Asistencia del Condado, cuando le sea solicitado, deberá informarle a los agentes de policía federales, estatales y locales la dirección, número de seguro social y fotografía (de tener una) de cualquier individuo que se haya dado a la fuga para evitar proceso, custodia o encarcelamiento por un delito grave o por violar su libertad condicional bajo palabra.

DERECHO A RECLAMAR CAUSA JUSTIFICADA

La ley dispone que debe cooperar para establecer la paternidad de cualquier niño nacido fuera del matrimonio y obtener cualquier manutención que se le deba a usted o a su(s) hijo(s) para quien(es) desea efectivo o Asistencia Médica. El Departamento le exentará de cooperar con los requisitos de manutención si usted comprueba que no sería lo mejor para usted o el niño para quien reclama asistencia. Si no tiene la exención de los requisitos de empleo y capacitación, usted deberá cumplir a menos que tenga una causa justificada. Usted deberá cumplir con los requisitos del Reporte Semestral a menos que tenga una causa justificada para no hacerlo.

OBLIGACIONES DEL CLIENTE

OBLIGACIÓN DE RECONOCER RESPONSABILIDAD DE INMUEBLES O PROPIEDAD PERSONAL

Si está solicitando asistencia en efectivo y es propietario de inmuebles no residenciales y/o de propiedad personal, es posible que le exijamos que firme un acuerdo de reponer los beneficios que usted, su cónyuge y sus hijos menores hayan recibido.

Si usted tiene 55 años de edad o más y recibe Asistencia Médica para pagar los servicios de una institución para ancianos, servicios de cuidado en el hogar y la comunidad y cualquier servicio de hospital y recetas médicas relacionado, tendrá que reponer el costo de esos servicios de su herencia.

OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Usted deberá proporcionar información verídica, correcta y completa. Usted debe cooperar documentando o comprobando la información que proporcione. Se le podrá negar la asistencia en efectivo si usted no proporciona ciertos comprobantes. Si no puede proporcionar comprobantes, deberá pedirle ayuda a la Oficina de Asistencia del Condado (CAO). Usted debe cooperar plenamente con las personas o investigadores del Departamento o de la Oficina del Inspector General (OIG) que estén llevando a cabo investigaciones.

OBLIGACIÓN DE REPORTAR CAMBIOS

En el caso de asistencia en efectivo y Asistencia Médica, usted deberá reportar todo cambio en: el número de personas que viven en su casa, la dirección, nuevo ingreso de fuentes ajenas al trabajo, la propiedad inmobiliaria y otros recursos (como cuentas bancarias o seguro de vida). Sin embargo, para Asistencia Médica, si está embarazada, si es menor de 21 años de edad o si tiene hijos dependientes menores de 21 años viviendo en su casa, usted no tiene que reportar los cambios en sus recursos. Usted deberá reportar cualquier plan de mudarse del estado, aunque sea temporal. Si no tiene ingreso por trabajo, deberá reportar cualquier empleo nuevo o ingreso nuevo proveniente de empleo por su cuenta. Si tiene ingreso por empleo, deberá reportar si su ingreso bruto mensual por trabajo aumenta más \$100 más que el ingreso bruto mensual estimado que se utilizó para determinar su beneficio. Si tiene ingresos que no provienen de su trabajo, deberá reportar si su ingreso bruto mensual que no proviene del trabajo aumenta más de \$50 que la cantidad que se utilizó para determinar su beneficio. Tiene que reportar los cambios durante los primeros 10 días del mes siguiente al mes en que ocurren los cambios.

En el caso de las unidades familiares que reciben cupones de alimentos y no proporcionan informes semestrales (SAR), tienen que reportar los cambios descritos para asistencia en efectivo con tres excepciones. Si tiene ingresos que no provienen del trabajo, tiene que reportar aumentos o disminuciones de más de \$50 en sus ingresos que no provienen del trabajo. Además, no tiene que reportar cambios en seguro de vida y ausencias temporarias del estado o del condado.

En el caso de las unidades familiares que reciben cupones de alimentos y que participan en el SAR, deberá reportar si el ingreso bruto total de su casa excede el 130 por ciento de las Pautas de Pobreza para Ingreso Federal (FPIG) según el tamaño de su unidad familiar. Se debe informar el cambio en un plazo de 10 días naturales del fin del mes en que el ingreso bruto mensual excede el 130 por ciento de las FPIG. Su trabajadora social le explicará su requisito específico para reportar sus ingresos.

Además, las unidades familiares en las que viva un adulto capaz sin personas a cargo (ABAWD) que reciben cupones de alimentos y que participan en SAR, deberán reportar si las horas de trabajo del ABAWD disminuyen a un promedio de menos de 20 horas semanales. Un ABAWD es una persona que puede trabajar, que tiene entre 18 y 49 años de edad y que no tiene ningún hijo menor de 18 años que vive con usted.

Si se comprueba, sin causa justificada, no reportó ingreso ganado en el trabajo de una manera oportuna, es posible que no reciba una deducción por ingreso ganado en el trabajo sobre el ingreso no reportado. Eso podría reducir la cantidad de asistencia en efectivo o los cupones de alimentos a los que tiene derecho y podría aumentar la cantidad de nuestra reclamación de pago en exceso.

Puede reportarle los cambios a la CAO en persona, por teléfono, por fax o por correo.

OBLIGACIÓN DE UTILIZAR LA TARJETA PA ACCESS DE UNA MANERA LEGAL

Usted puede usar la tarjeta PA ACCESS para servicio únicamente durante el periodo para el que califique. Usted deberá usar la tarjeta únicamente para la persona calificada y sólo puede recibir los servicios necesarios y razonables.

OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

En el caso de beneficios de efectivo, Asistencia Médica y/o cupones de alimentos, usted debe proporcionar el número de Seguro Social de cada persona para quien solicita beneficios. Si no tiene un número de Seguro Social, deberá presentar una solicitud para obtenerlo. Si no proporciona un SSN, podría ser descalificado. En el caso de beneficios de dinero en efectivo, también le pediremos que proporcione el número de seguro social de cualquier otra persona cuyo ingreso y/o recursos afectan la elegibilidad de usted o la cantidad de sus beneficios. Su número de Seguro Social se usa para verificar su identidad y para prevenir la duplicación de beneficios estatales y federales. Su número de Seguro Social se usa para verificaciones de ingresos y recursos por medio de computadora que podrían verificar su elegibilidad y/o sus beneficios. El extranjero que solicita Asistencia Médica de urgencia únicamente no tiene que proporcionar un número de Seguro Social. (42 U.S.C. §1320b-7).

DECLARACIÓN JURADA - COPIA DEL CLIENTE

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO DECLARO QUE:

- Leí esta solicitud en su totalidad o alguien me la leyó y entiendo las preguntas que se me han hecho.
- Recibí una copia de mis derechos y obligaciones y la leí o alguien me la leyó; entiendo y estoy de acuerdo en cumplirlos.
- Yo proporcionaré o colaboraré para obtener cualquier información que se necesite para comprobar mis declaraciones.
- Tengo reportar cambios en mis circunstancias dentro de los primeros 10 días naturales del mes después del mes del cambio, a menos que esté reportando los beneficios de cupones de alimentos semestralmente.
- Yo cooperaré con los requisitos del programa de cumplimiento de la manutención de los hijos según lo disponga el Departamento de Bienestar Público (DPW).
- Si recibo dinero en efectivo y/o beneficios de Asistencia Médica, yo le concederé al estado y/o a la Sección de Relaciones Domésticas el derecho de solicitar y cobrar manutención en efectivo y/o médico para mí y los demás en cuyo nombre estoy solicitando.
- Si recibo un cheque para mis beneficios de asistencia en efectivo, la trabajadora social me leyó la certificación al dorso del cheque y cada vez que yo firme un cheque estoy firmado la certificación.
- Yo soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud aunque la solicitud sea presentada por alguien que está actuando en mi nombre.
- Doy mi consentimiento y colaboraré plenamente en el proceso de registro digital de huella digital, fotografía y firma. Entiendo que si rehúso cooperar me podrían negar los beneficios.
- Declaro que, con sujeción a las penas dispuestas por ley, la información que proporciono es correcta y completa a mi mejor saber y entender.
- Estoy autorizando al DPW para que divulgue al organismo correspondiente, información respecto a que recibo asistencia en efectivo, beneficios de cupones de alimentos y/o Asistencia Médica según corresponda para calificar a mi empleado para que reciba créditos fiscales federales y/o estatales.
- Si recibo asistencia en efectivo, tendré que firmar un Acuerdo de Responsabilidad Mutua que define mi plan de lograr la autosuficiencia.
- Si me llama Control de Calidad sobre información que proporciono en esta solicitud, cooperaré con sus preguntas.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO ENTIENDO QUE:

- La Oficina del Inspector General (OIG) podrá visitar mi residencia en un plazo de 7 a 10 días a partir de la fecha en que yo firme la solicitud de beneficios para confirmar la información que le proporcioné a la Oficina de Asistencia del Condado.
- El estado opera un programa para controlar el fraude en virtud del cual los agentes locales, estatales y federales pueden verificar la información que yo proporcioné. La verificación incluirá confirmación a través de los Expedientes de Registro de Delinuentes de la Policía Estatal de Pennsylvania, los expedientes de la Oficina Administrativa de Juzgados de Pennsylvania y otros expedientes disponibles.
- El Estado podrá obtener información sobre mis circunstancias de otras fuentes, incluso por computadora y los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU., salvo en el caso de las personas que soliciten únicamente Asistencia Médica para emergencia.
- Tengo reportar cambios en mis circunstancias dentro de los primeros 10 días naturales del mes después del mes del cambio, a menos que esté reportando los beneficios de cupones de alimentos semestralmente. (Consulte las páginas 17 y 18 para los requisitos del informe.)
- Me podrán reducir o suspender los beneficios o multarme (incluso me podrán acusar de fraude) por dar información falsa o engañosa o por no reportar cambios que afectarían mis beneficios.
- Le concedo al Estado el derecho de tratar de conseguir, con o sin proceso legal, el pago de seguro médico privado o público o de un tercero responsable. La cantidad recuperada no excederá la cantidad pagada por Asistencia Médica.
- El Estado y la Sección de Relaciones Domésticas tienen el derecho de evaluar todos los expedientes de servicios médicos pagados por Asistencia Médica.
- El pago de servicios médicos se hará directamente al proveedor, no a mí. Esto incluye los pagos de Asistencia Médica.
- La ley dispone la asignación automática al Estado de los derechos de manutención para mí y las demás personas en cuyo nombre estoy aceptando asistencia en efectivo y/o Asistencia Médica.
- Si recibo beneficios de dinero en efectivo, toda manutención, incluso retrasos, se pagará al Estado. Cuando los beneficios de dinero en efectivo terminen, se podrán los pagos atrasados al Estado para reponer la cantidad de efectivo y otras clases de asistencia reembolsable que haya recibido para mi familia. La cantidad de los pagos atrasados que se pagará al Estado no excederá los pagos atrasados asignados al Estado ni la asistencia total reembolsable que haya recibido para mi familia, lo que sea menos. La cantidad total del reembolso de manutención de los hijos y otras fuentes no excederá la cantidad total de asistencia reembolsable recibida. Si recibo beneficios médicos, se podría pagar manutención médica al Estado. La manutención médica retenida por el Estado no será más que la cantidad pagada en virtud del programa de Asistencia Médica.
- **Si no reporto los gastos de la unidad familiar o no proporciono los comprobantes significará** que no quiero recibir una deducción por el gasto no reportado o no comprobado (autoridad: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Mid-Atlantic region, Administrative Note 6-99, expedido Jan. 4, 1999). Entiendo que tengo el derecho de recibir crédito por los gastos de la unidad familiar cuando reporte dichos gastos y me podrían pedir que proporcione comprobantes de los mismos en cualquier momento de mi periodo de certificación para recibir cupones de alimentos.

Usted no debe:

- dar información falsa, incorrecta o incompleta;
- comerciar, vender ni alterar la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) ni su tarjeta PAACCESS;
- usar los beneficios de las tarjetas EBT o PAACCESS de otra persona;
- usar sus cupones de alimentos para comprar artículos que no entran en el programa, como son bebidas alcohólicas o tabaco;
- utilizar los beneficios de los cupones de alimentos para comprar drogas o sustancias controladas, armas de fuego, municiones o explosivos; o
- usar sus beneficios de cupones de alimentos para pagar comida que ya recibió o usar sus beneficios de cupones de alimentos para comprar comida a crédito.

Cualquier miembro de su familia que sea encontrado culpable por un juzgado o una audiencia de descalificación administrativa por violar cualquiera de las reglas que se mencionan arriba o de que firme un acuerdo de consentimiento de descalificación voluntaria o renuncia de una audiencia de descalificación se le prohibirá que obtenga beneficios de cupones para alimentos durante:

- 12 meses por la primera infracción;
- 24 meses por la segunda infracción; y
- de manera permanente en caso de la segunda infracción.

Cualquier miembro de su familia que sea declarado culpable por un tribunal por usar los beneficios de los cupones de descuento para comprar sustancias controladas, perderá sus derechos por:

- 24 meses por la primera infracción, y
- de manera permanente en caso de la segunda infracción.

Cualquier miembro de su casa que sea declarado culpable por un tribunal por comprar o vender beneficios de cupones de alimentos u otros instrumentos de beneficio por dinero o por otro beneficio que no sea alimentos o en intercambio por armas de fuego, municiones o explosivos, que sumen \$500 o más en cupones de alimentos será descalificado definitivamente.

Cualquier miembro de la familia que sea declarado culpable por un tribunal o por una audiencia de descalificación administrativa por dar datos falsos sobre su identidad o residencia con la finalidad de recibir múltiples cupones de alimentos será descalificado por 10 años.

Cualquier miembro de la familia que se haya dado a la fuga con el fin de evitar proceso, custodia o encarcelamiento por un delito grave o intento de delito grave, o que viole su libertad condicional bajo palabra no reunirá los requisitos de calificación para asistencia en efectivo y cupones de alimentos hasta que la situación sea aclarada.

Todo individuo que haya sido condenado por un delito grave o un delito menor que no haya cumplido la pena impuesta por el tribunal no calificará para recibir asistencia en efectivo.

Un individuo no será elegible para recibir asistencia en efectivo por un período de 10 años si es condenado de falsedad fraudulenta en la representación de su residencia para fines de recibir beneficios adicionales de dos o más estados.

La asistencia en efectivo se reducirá en la misma cantidad que las cantidades recibidas al canjear un cheque de asistencia en un casino de apuestas, en un hipódromo, salón de bingo u otro establecimiento que derive más del 50 por ciento de sus ganancias brutas de las apuestas.

Si usted no reporta los cambios como se dispone, sus beneficios serán reducidos o suspendidos. Si a propósito no proporciona la información correcta ni reporta los cambios, podrían enjuiciarlo y si lo declaran culpable, multarlo y/o encarcelarlo por robo por engaño. El uso impropio de la tarjeta PA ACCESS para servicios médicos y/o transferencias electrónicas de efectivo y cupones de alimentos podría resultar en una multa, encarcelamiento o ambos.

Si lo declaran culpable por violar este reglamento, o por cometer fraude, podría también quedar sujeto a:

- multa de hasta \$250,000 en el caso de cupones de alimentos y hasta \$15,000 en el caso de efectivo;
- encarcelamiento de hasta 20 años en el caso de cupones de alimentos y hasta siete años en el caso de efectivo; y/o
- tener que reponer los beneficios que recibió.

REQUISITOS DE TRABAJO / SANCIONES DE CUPONES DE ALIMENTOS

Si usted está mental y físicamente capacitado, tiene más de 15 años y menos de 60 años de edad y no le corresponde ninguna exención, usted no puede rehusar a registrarse para empleo; participar en un programa aprobado de empleo y capacitación a menos que tenga un motivo justificado; proporcionar información adecuada a la oficina de asistencia del condado de su localidad sobre su situación de empleo y disponibilidad de trabajo a menos que tenga causa justificada o cumpla con el programa de trabajo (workfare). Además, usted no debe renunciar a su trabajo voluntariamente sin ninguna razón de peso o bien reducir el número de horas laborales que trabaja, si después de la reducción trabajaría menos de 30 horas a la semana.

Si usted o alguno de los miembros de su familia viola cualquiera de

los requisitos que se mencionan arriba, usted o esa persona podrá ser descalificado para recibir cupones de alimentos. Antes de que sea impuesta la descalificación, usted recibirá un aviso y tendrá derecho de apelar y recurrir a una audiencia imparcial.

Los periodos de descalificación mínimos son: por la primera infracción; un mes y a partir de ese momento hasta que cese el incumplimiento; por la segunda infracción, tres meses y a partir de ese momento hasta que cese el incumplimiento; y para la tercera y las infracciones subsiguientes, seis meses y a partir de ese momento hasta que cese el incumplimiento.

REQUISITOS DE TRABAJO / SANCIONES DE ASISTENCIA EN EFECTIVO

Un participante obligatorio que no coopere con el requisito de trabajo, que no acepte una oferta de trabajo genuina o que deje su empleo; reduzca sus ingresos o no procure, sin causa justificada, solicitar trabajo, quedará descalificado para asistencia en efectivo.

El periodo de pena es:

Primera instancia - 30 días o hasta que cese el incumplimiento, lo que sea más.

Segunda instancia - 60 días o hasta que cese el incumplimiento, lo que sea más.

Tercera instancia - permanentemente.

Si un individuo no se presenta a una cita inicial con una actividad de trabajo contratada, o si no completa una determinación parcial relacionada con la falta de cooperación con una actividad de trabajo, todo el grupo de asistencia quedará descalificado.

Si el motivo de la pena ocurre durante los primeros 24 meses de haber recibido la asistencia en efectivo, bien sea de manera consecutiva o interrumpida, la pena se aplica únicamente al individuo.

Si el motivo de la pena ocurre después de los primeros 24 meses de haber recibido la asistencia en efectivo, bien sea de manera consecutiva o interrumpida, la pena se aplica a todo el grupo.

En lugar de las penas dispuestas arriba, si un individuo empleado voluntariamente, sin causa justificada, reduce sus ingresos al no cumplir con el requisito de trabajo, el subsidio en efectivo se reducirá en la cantidad en dólares del ingreso que hubiese ganado si el beneficiario hubiese cumplido su requisito de trabajo, hasta que cumpla el requisito.