



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Solicitud de beneficios de Pennsylvania

This is an application for cash, health care and SNAP 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 de beneficios de SNAP, asistencia médica y asistencia monetaria. Si necesita esta solicitud en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La ayuda bilingüe será gratuita.

Đây là đơn xin trợ cấp y tế, tiền mặt và trợ cấp SNAP. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng ngôn ngữ khác hoặc cần người khác thông dịch, vui lòng liên lạc với văn phòng trợ cấp của quận tại địa phương quý vị. Dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

Это заявление на получение денежной и медицинской помощи, а также пособия SNAP (Программы продовольственной помощи). Если вам требуется устный переводчик или данное заявление на другом языке, обратитесь в окружной отдел социального обеспечения. Языковая поддержка предоставляется бесплатно.

本申请书用于申请现金、医疗援助及补充营养援助计划 (SNAP) 之福利。若您需要本申请书的其他语言版本或需口译员, 请联系您当地的县援助办公室。将提供免费语言协助。

នេះជាពាក្យសុំប្រាក់ សុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេង ឬ ត្រូវការនរណាម្នាក់ដើម្បីបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ។ ជំនួយផ្នែកភាសា នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ។

Si tiene una discapacidad y necesita este formulario impreso con letras grandes o en otro formato, llame a nuestra línea de ayuda al número **1-800-692-7462**.

Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla que desean comunicarse con este centro de atención pueden llamar a los Servicios de Mensajes al llamar al 711.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Puede solicitar los beneficios en línea en: www.compass.state.pa.us.



Seguridad familiar: información sobre sus beneficios y la violencia doméstica

La violencia doméstica sucede cuando alguien que es parte de su vida le hace daño. El abuso puede ser físico, sexual o emocional. Esta incluye:

- Hacerle daño físico a usted o sus hijos
- Amenazas o intentos de hacerle daño a usted, sus hijos o sus bienes
- Obligarla a tener relaciones sexuales
- Abusar sexualmente de sus hijos
- Controlar a dónde va y a quién ve
- No permitir que usted o sus hijos tengan alimentos, ropa o atención médica
- No permitirle ir al trabajo o la escuela
- Cuando alguien lo/la sigue, acosa o acecha

Si usted es o ha sido víctima de violencia doméstica o está en riesgo de sufrir nuevos actos de violencia, su trabajador social puede eximirlo de los requisitos para asistencia en efectivo si la violencia doméstica le impide cumplirlos. A veces las personas no pueden cumplir con los requisitos solicitados por Bienestar Público sin correr riesgos porque temen que ellos o sus hijos serán abusados si lo hacen. Estos incluyen:

- Cooperación con la manutención
- Límites de tiempo
- Trabajo (REESTABLECER)
- Requisito de que los padres adolescentes vivan en la casa
- Otros requisitos según cada caso
- Verificación

Si necesita una exención de los requisitos de Bienestar Público debido a actos de violencia doméstica, comuníquesele a su trabajador social.

Si usted o sus hijos son o han sido víctimas de violencia doméstica, o están en peligro de ser víctimas de más violencia, su trabajador social puede:

- **Hablar** con usted si desea hablar. Puede pedir hablar en privado. Su trabajador social y el personal protegerán la confidencialidad de su información personal. Sin embargo, la ley dice que el Departamento de Servicios Humanos debe denunciar los casos de abuso de menores a la Agencia de servicios para niños y jóvenes.
- **Ayudarle** a encontrar programas locales donde puede obtener **asesoramiento, planificación de seguridad, refugio, servicios legales** y otros tipos de ayuda.
- **Ayudarle** a comprender las reglas para solicitar asistencia de dinero en efectivo, y cómo lo afectan si la solicita. Ciertos requisitos de TANF pueden ser eximidos en base a actos de violencia doméstica.

Para información sobre intervención en casos de crisis, asesoramiento, acompañarlo/la a la policía, instituciones médicas y tribunales, refugio temporal durante de emergencia, y programas de educación y prevención, llame a:

Coalición de Pennsylvania contra la Violencia Doméstica
1-800-932-4632 (en PA) 303-839-1852 (Nacional)

JobGateway - Información Importante

JobGateway es un programa del Departamento de Trabajo e Industria de Pennsylvania para ayudar a las personas que buscan empleo a encontrarlo. El personal del Departamento de Trabajo e Industria conoce sobre las condiciones del mercado laboral actual y le puede dar información y recursos para ayudarlo en la búsqueda de empleo.

Todos los clientes pueden usar JobGateway. **Tome en cuenta que si está solicitando beneficios del programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por su sigla en inglés) y tiene 18 años o más, debe llenar por lo menos tres solicitudes de trabajo a la semana mientras decidimos sobre su solicitud.**

Podemos eximirlo de este requisito si usted ya trabaja 20 horas a la semana, tiene una discapacidad mental o física, tiene un hijo menor de un año, tiene un hijo menor de seis años y no tiene quién se lo cuide, se le necesita en su casa para cuidar a una persona discapacitada, es víctima de violencia familiar, carece de transporte, no tiene hogar o tiene alguna otra buena razón. Se le requerirá que pruebe estas cosas tanto como pueda. Lleve cualquier prueba que tenga a su entrevista de asistencia en efectivo.

Se incluirán más detalles sobre cómo demostrar el cumplimiento con la búsqueda de solicitud de empleo, o cómo demostrar que usted puede ser eximido, en un paquete que le entregará o enviará por correo el trabajador social. Se recomienda enfáticamente que se registre en JobGateway para comenzar. Se puede registrar en JobGateway en www.jobgateway.pa.gov/.





El estado de Pennsylvania recibe información de otras agencias estatales y federales para verificar la información que usted proporciona. Si usted distorsiona, oculta u omite hechos que puedan afectar su aprobación para recibir beneficios, podrá verse obligado a reintegrar dichos beneficios y es posible que sea procesado (judicialmente) y excluido para recibir determinados beneficios en el futuro.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Puede solicitar los beneficios en línea en: www.compass.state.pa.us.

¡Es fácil solicitarlos!

1. **Complete** este formulario.
2. **Firme y coloque la fecha** en las páginas 1 y 15.
3. **Lleve, envíe por fax, o envíe por correo postal** su formulario a la oficina de asistencia del condado (CAO).

¿Está interesado en otro servicio?

Marque la casilla correspondiente si está interesado en alguno de estos servicios:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) | <input type="checkbox"/> Bebé sano (Well Baby Clinic) | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> Servicios para personas con discapacidad intelectual | | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones (vacunas) |
| <input type="checkbox"/> Head Start (para niños de 3 a 6 años) | <input type="checkbox"/> LIHEAP (asistencia para energía) | |
| <input type="checkbox"/> Servicios para veteranos | <input type="checkbox"/> Servicios de manutención de menores | |
| <input type="checkbox"/> Bancos de comida | <input type="checkbox"/> Empleo y capacitación | |
| <input type="checkbox"/> Planificación familiar/control de la natalidad | <input type="checkbox"/> Comidas escolares (a costo reducido o gratuitas) | |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Lifeline (servicio telefónico a costo reducido) | |
| <input type="checkbox"/> Cuidados a Largo Plazo (atención en hogares para personas mayores) | | <input type="checkbox"/> Asistencia para la vivienda |
| <input type="checkbox"/> WIC (mujeres, infantes y niños) | <input type="checkbox"/> Servicios en el Hogar y en la Comunidad (Servicios de Exención [Waiver]) | |
| <input type="checkbox"/> Asignaciones especiales para empleo y capacitación (por ej.: herramientas) | | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

¿Preguntas?

Llame a su Oficina de Asistencia del Condado (CAO, por sus siglas en inglés) o a nuestro CENTRO DE SERVICIO AL CLIENTE al **1-877-395-8930**. En Philadelphia, llame al **1-215-560-7226**.

Estamos aquí para ayudarlo. Llame de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:45 p. m. TTY/TDD **711**.

Para uso exclusivo de los proveedores médicos

PROVIDER NAME	PROVIDER NUMBER	<input type="checkbox"/> EMERGENCY
---------------	-----------------	------------------------------------

Para uso exclusivo de la CAO

APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER	DATE STAMP
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------



¡Beneficios de SNAP inmediatos!

¡Obtenga beneficios de SNAP ahora mismo!

(SNAP anteriormente conocido como el Programa de Cupones para Alimentos)

- ¿Su grupo familiar tiene \$100 o menos en dinero efectivo disponible y en cuentas bancarias y espera tener menos de \$150 en ingresos este mes?
- ¿Usted es trabajador migrante o trabajador agrícola estacional?
- ¿Su ingreso mensual bruto, dinero en efectivo y el saldo en sus cuentas bancarias son menos que sus costos de alquiler/hipoteca y servicios públicos de este mes?

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es sí, es posible que tenga derecho a recibir beneficios de SNAP urgentes.

Esto significa que puede obtener los beneficios de SNAP dentro de los cinco días naturales.
Pida más información contactando a la CAO local.

¡Presente su solicitud de beneficios de SNAP hoy mismo!

Usted tiene derecho a presentar una solicitud hoy mismo en cualquier momento antes de las 5 p.m. La persona que lo atienda en la CAO debe colocar el sello con la fecha a su solicitud en su presencia, mientras usted observa.

Si le niegan los beneficios acelerados de SNAP, usted tiene el derecho de una conferencia con la agencia dentro de dos días laborales con un supervisor de la oficina de asistencia del condado. Si cree que le han negado sus derechos o servicios o si la oficina de asistencia del condado no recibe su solicitud cuando cuando usted la entrega y no le colocan un sello con la fecha mientras usted está observando, pida hablar con el supervisor o llame a la línea gratuita de ayuda al 1-800- 692-7462.

Puede obtener ayuda legal gratuita en la oficina de servicios legales locales.



Introducción

¿Qué beneficios quiere solicitar?

Asistencia Monetaria Cobertura de salud SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)

¿Qué idioma prefiere usted? Inglés Español Otro (especifique) _____
What language do you prefer? English Spanish Other (specify) _____

¡No más papeles! ¿Desearía recibir sus notificaciones en línea?
Vaya a www.compass.state.pa.us e inscríbese en Mi cuenta COMPASS.

- Podemos iniciar su solicitud en cuanto usted escriba su nombre y dirección, y firme y devuelva la solicitud.
- Le recomendamos que responda la mayor cantidad de preguntas que pueda, a menos que las instrucciones le indiquen que puede optar por no responder. Mientras más completa sea la información que tengamos, más rápido podremos procesar su solicitud.
- Si usted es aprobado, los beneficios de SNAP comenzarán a partir del día que recibimos su solicitud. Le informaremos dentro de los 30 días si usted es elegible o no.

▶ **IMPORTANTE:** todas las personas que se incluyan en esta solicitud deben proporcionar o solicitar un número de Seguro Social (SSN) y responder preguntas relativas a su ciudadanía. Las personas que no solicitan beneficios no están obligadas a proporcionar su SSN, pero si lo hacen, la solicitud se procesará más rápido. Usamos los números de SSN para verificar ingresos y otras informaciones para ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud. Si alguien necesita ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Nota: Si usted no es un ciudadano estadounidense y solo está solicitando servicios médicos de emergencia, no necesita dar información sobre su estado de inmigración ni solicitar o dar su número de seguro social.

Información sobre usted, el solicitante: necesitaremos poder contactar a un adulto/padre/madre/cuidador.

Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo - Jr./Sr./etc.):			
Dirección particular (incluya calle y núm., núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4):			
Distrito escolar:		Ayuntamiento o municipalidad:	¿Cuánto hace que vive en esta dirección?
Número de teléfono: ()	Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	Segundo número de teléfono: ()	Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
<input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene una dirección particular. Incluso si no tiene una, debe proporcionar una dirección postal.		Dirección postal (si fuera diferente a la dirección particular):	

Beneficios de SNAP inmediatos: ¡Quizás pueda obtener beneficios de SNAP en 5 días! ¡Conteste estas preguntas, luego firme esta solicitud y entréguesela a su oficina de asistencia del condado antes de las 5 p.m. hoy mismo! La oficina de asistencia del condado coordinará una entrevista con usted.

Total de ingresos mensuales, para usted y cualquier otra persona que solicite beneficios, antes de que se deduzcan los impuestos: \$	¿Usted, o alguien para quien usted está solicitando beneficios, está recibiendo beneficios de SNAP ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted paga por servicios públicos además del teléfono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ¿Qué servicios públicos?
Total de recursos (los recursos son dinero en efectivo, cuentas corrientes y de ahorros): \$	¿Usted paga por servicios telefónicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted, o alguien para quien usted está solicitando beneficios, es un trabajador migrante o trabajador agrícola estacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Total de alquiler/renta o hipoteca para usted y cualquier otra persona que solicite beneficios: \$	¿Usted paga los costos de calefacción o aire acondicionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted, o alguien para quien usted está solicitando beneficios, reside en un albergue para mujeres y niños maltratados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Firme aquí:

Su firma o la firma de su representante	Fecha



Cuéntenos acerca de las personas en su hogar:

Necesitamos reunir información sobre todas las personas que viven en su misma dirección, incluso si dichas personas no están solicitando beneficios. Para los solicitantes de asistencia de salud, asegúrese de incluir también a cualquier persona que figure en su declaración del impuesto federal sobre los ingresos, incluso si no viven con usted.

Nota: no es necesario que presente una declaración de impuestos para poder obtener beneficios.

Persona 1 (comience por usted)				CAO Use Only Line #:	
Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, suñijo-Jr./Sr./etc.)			¿Está solicitando los beneficios para usted mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. de ID estatal o licencia de conductor:	Estado civil ▶ <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Casado
¿Va a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿a qué grado?	Nombre de la escuela:	¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?		¿Cuántos bebés se esperan?		
Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para usted mismo.					
No es necesario que responda estas preguntas si sólo está solicitando beneficios de SNAP.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿desea que lo evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar tomaremos en cuenta únicamente sus ingresos. Si desea que lo evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Desea que lo evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Sin importar su edad, ¿teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?			
¿Es usted ciudadano o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si usted no es ciudadano o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:	¿Tiene condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí		Si la respuesta es Sí, ingrese el tipo de documento y número de identificación:	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
	¿Usted tiene patrocinador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Usted ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
RAZA (opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		
	<input type="checkbox"/> Nativo norteamericano o nativo de Alaska (ver el Anexo A)	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra _____		
GRUPO ÉTNICO (opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino				



Persona 2				CAO Use Only Line #:	
Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, su hijo-Jr./Sr./etc.)			¿Está solicitando los beneficios para usted mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. de ID estatal o licencia de conductor:	Estado civil ▶ <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Casado
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Esta persona va a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿a qué grado? Nombre de la escuela:		¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?		¿Cuántos bebés se esperan?		
Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para esta persona.					
No es necesario que responda estas preguntas si sólo está solicitando beneficios de SNAP.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿esta persona desea que la evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si esta persona es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar únicamente tomaremos en cuenta sus ingresos. Si esta persona desea que la evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Esta persona desea que la evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Sin importar su edad, ¿esta persona teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?			
¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si esta persona no es ciudadana o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:	¿Tiene esta persona condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí		Si la respuesta es Sí, ingrese el tipo de documento y número de identificación:	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
	¿Esta persona tiene patrocinador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
RAZA (opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		
	<input type="checkbox"/> Nativo norteamericano o nativo de Alaska (ver el Anexo A)		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra _____		
GRUPO ÉTNICO (opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino				

Persona 3				CAO Use Only Line #:	
Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, su hijo-Jr./Sr./etc.)			¿Está solicitando los beneficios para usted mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. de ID estatal o licencia de conductor:	Estado civil ▶ <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Casado
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Esta persona va a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿a qué grado? Nombre de la escuela:		¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?		¿Cuántos bebés se esperan?		
Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para esta persona.					
No es necesario que responda estas preguntas si sólo está solicitando beneficios de SNAP.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿esta persona desea que la evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si esta persona es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar únicamente tomaremos en cuenta sus ingresos. Si esta persona desea que la evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Esta persona desea que la evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Sin importar su edad, ¿esta persona teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?			
¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si esta persona no es ciudadana o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:	¿Tiene esta persona condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí		Si la respuesta es Sí, ingrese el tipo de documento y número de identificación:	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
	¿Esta persona tiene patrocinador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
RAZA (opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		
	<input type="checkbox"/> Nativo norteamericano o nativo de Alaska (ver el Anexo A)		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra _____		
GRUPO ÉTNICO (opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino				



Persona 4				CAO Use Only Line #:	
Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, su hijo-Jr./Sr./etc.)			¿Está solicitando los beneficios para usted mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. de ID estatal o licencia de conductor:	Estado civil ▶ <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Casado
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Esta persona va a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿a qué grado? Nombre de la escuela:		¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?		¿Cuántos bebés se esperan?		
Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para esta persona.					
No es necesario que responda estas preguntas si sólo está solicitando beneficios de SNAP.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿esta persona desea que la evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si esta persona es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar únicamente tomaremos en cuenta sus ingresos. Si esta persona desea que la evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Esta persona desea que la evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Sin importar su edad, ¿esta persona teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?			
¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si esta persona no es ciudadana o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:	¿Tiene esta persona condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí		Si la respuesta es Sí, ingrese el tipo de documento y número de identificación:	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
	¿Esta persona tiene patrocinador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
RAZA (opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		
	<input type="checkbox"/> Nativo norteamericano o nativo de Alaska (ver el Anexo A)		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra _____		
GRUPO ÉTNICO (opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino				

Persona 5				CAO Use Only Line #:	
Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, su hijo-Jr./Sr./etc.)			¿Está solicitando los beneficios para usted mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. de ID estatal o licencia de conductor:	Estado civil ▶ <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Casado
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Esta persona va a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿a qué grado? Nombre de la escuela:		¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?		¿Cuántos bebés se esperan?		
Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para esta persona.					
No es necesario que responda estas preguntas si sólo está solicitando beneficios de SNAP.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿esta persona desea que la evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si esta persona es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar únicamente tomaremos en cuenta sus ingresos. Si esta persona desea que la evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Esta persona desea que la evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Sin importar su edad, ¿esta persona teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?			
¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si esta persona no es ciudadana o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:	¿Tiene esta persona condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí		Si la respuesta es Sí, ingrese el tipo de documento y número de identificación:	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
	¿Esta persona tiene patrocinador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
RAZA (opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		
	<input type="checkbox"/> Nativo norteamericano o nativo de Alaska (ver el Anexo A)		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra _____		
GRUPO ÉTNICO (opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino				



Persona 6				CAO Use Only Line #:	
Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, su hijo-Jr./Sr./etc.)			¿Está solicitando los beneficios para usted mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. de ID estatal o licencia de conductor:	Estado civil ▶ <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Casado
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Esta persona va a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿a qué grado? Nombre de la escuela:		¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?		¿Cuántos bebés se esperan?		
Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para esta persona.					
No es necesario que responda estas preguntas si sólo está solicitando beneficios de SNAP.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿esta persona desea que la evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si esta persona es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar únicamente tomaremos en cuenta sus ingresos. Si esta persona desea que la evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Esta persona desea que la evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Sin importar su edad, ¿esta persona teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?			
¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si esta persona no es ciudadana o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:	¿Tiene esta persona condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí		Si la respuesta es Sí, ingrese el tipo de documento y número de identificación:	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
	¿Esta persona tiene patrocinador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
RAZA (opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		
	<input type="checkbox"/> Nativo norteamericano o nativo de Alaska (ver el Anexo A)		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra _____		
GRUPO ÉTNICO (opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino				

Persona 7				CAO Use Only Line #:	
Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, su hijo-Jr./Sr./etc.)			¿Está solicitando los beneficios para usted mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. de ID estatal o licencia de conductor:	Estado civil ▶ <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Casado
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Esta persona va a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿a qué grado? Nombre de la escuela:		¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?		¿Cuántos bebés se esperan?		
Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para esta persona.					
No es necesario que responda estas preguntas si sólo está solicitando beneficios de SNAP.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿esta persona desea que la evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Si esta persona es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar únicamente tomaremos en cuenta sus ingresos. Si esta persona desea que la evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Esta persona desea que la evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶	Sin importar su edad, ¿esta persona teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?			
¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si esta persona no es ciudadana o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:	¿Tiene esta persona condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí		Si la respuesta es Sí, ingrese el tipo de documento y número de identificación:	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
	¿Esta persona tiene patrocinador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
RAZA (opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		
	<input type="checkbox"/> Nativo norteamericano o nativo de Alaska (ver el Anexo A)		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra _____		
GRUPO ÉTNICO (opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino				



Otras preguntas sobre las personas en su hogar:

Responda las siguientes preguntas sobre usted o cualquier persona en su hogar que esté solicitando beneficios.

¿Alguien recibe ayuda en dinero en efectivo, atención médica o SNAP en otro estado ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿en qué estado y condado?	
¿Usted, o alguna persona en su grupo familiar, fue alguna vez descalificado o aceptó ser descalificado para recibir beneficios del programa de cupones para alimentos o SNAP en otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, díganos quién:	
¿Alguien alguna vez solicitó beneficios bajo un nombre diferente o con un número de Seguro Social diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, díganos el nombre y número de Seguro Social:	
¿Alguna de las personas está o ha estado en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna de las personas es la viuda, cónyuge o hijo/a (menor de 18 años de edad) de alguien que esté o haya estado en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguien estaba en cuidado de crianza/tutelar (en inglés, foster care) cuando tenía 18 años de edad o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	Estado:
¿Alguien es discapacitado, está gravemente enfermo o necesita atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	¿Cuál es la discapacidad?
¿Alguien necesita medicamentos para conservar la vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	
¿Alguien vive en una institución de Cuidado a Largo Plazo o tiene una enfermedad física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (por ejemplo: bañarse, vestirse, hacer actividades de la vida diaria, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguien tiene facturas médicas pagadas o sin pagar de este mes o de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien ha sido víctima de abuso doméstico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguien está bajo tratamiento por abuso de drogas o alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	

Familiares ausentes: Esta sección es para solicitantes de asistencia monetaria.

Si alguien hace la solicitud por un niño cuyos padres no viven en su casa o si algún solicitante tiene un cónyuge que no vive en su casa, responda estas preguntas para que podamos tratar de darle apoyo.

No necesita llenar esta sección si proveer esta información o buscar apoyo le pone a usted o a los miembros de su familia en riesgo de violencia familiar o hace más difícil escapar de la violencia familiar, o si su niño nació como consecuencia de una violación o incesto, o si está considerando la adopción.

Si para usted es un problema proporcionar esta información o buscar apoyo debido a violencia familiar, violación o incesto o porque está considerando dar un niño en adopción, marque esta casilla:

Nombre completo de la persona que tiene un familiar ausente:	Nombre completo del familiar ausente:	El familiar ausente es: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge
Nombre completo de la persona que tiene un familiar ausente:	Nombre completo del familiar ausente:	El familiar ausente es: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge
Nombre completo de la persona que tiene un familiar ausente:	Nombre completo del familiar ausente:	El familiar ausente es: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge
Nombre completo de la persona que tiene un familiar ausente:	Nombre completo del familiar ausente:	El familiar ausente es: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge
Nombre completo de la persona que tiene un familiar ausente:	Nombre completo del familiar ausente:	El familiar ausente es: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge
Nombre completo de la persona que tiene un familiar ausente:	Nombre completo del familiar ausente:	El familiar ausente es: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge

▶ Si está solicitando asistencia monetaria, debe identificar a los padres de cualquier menor de edad y ayudar a la Sección de Relaciones Domésticas (DRS) a cobrar la manutención proporcionándoles la información que necesitan. Si usted no ayuda a la DRS proporcionándoles la información necesaria y no tiene una buena razón para no colaborar, se reducirá en por lo menos un 25 por ciento la cantidad de asistencia monetaria que se apruebe para usted.

Si se aprueban sus beneficios de asistencia monetaria, debe permitir que el departamento y la DRS cobren manutención por usted y por otros por quienes usted esté presentando la solicitud. La ley dice que los derechos de manutención se transferirán al estado si usted acepta la asistencia monetaria.

Si se paga manutención por un niño que recibe asistencia en efectivo, la familia puede obtener algo de la manutención, además de la concesión de asistencia en efectivo.



Información sobre impuestos: Complete esta sección si está solicitando atención médica. Usted no tiene que responder a estas preguntas si solo está solicitando SNAP.

Complete esta información para su cónyuge/pareja e hijos que viven con usted o cualquier otra persona que usted incluya en su misma declaración del impuesto federal sobre los ingresos, si es que presenta una declaración.

¿Alguna de las personas listadas en la solicitud piensan presentar una declaración del impuesto federal sobre los ingresos EL AÑO QUE VIENE? Sí No **Si la respuesta es Sí,** liste el declarante de impuestos y su cónyuge, si presentan una declaración conjunta.

Nombre del declarante de impuestos:	Para declaraciones conjuntas, nombre del cónyuge:

¿Alguna de las personas listadas en la solicitud declarará dependientes en su declaración fiscal? Sí No
Si la respuesta es Sí, liste el declarante de impuestos y los dependientes. Un dependiente o persona a cargo puede ser declarada solamente por un declarante de impuestos. Para declarantes conjuntos, solamente necesita listar los dependientes o personas a cargo para la persona que firmará el formulario impositivo.

Nombre del declarante de impuestos:	Dependiente(s):

¿Alguna de las personas listadas en la solicitud será declarada dependiente en la declaración fiscal de otra persona? Sí No
Si la respuesta es Sí, liste el dependiente/persona a cargo y el declarante de impuestos que declarará a dicho dependiente. No es necesario que complete la información en esta tabla si el dependiente ya fue incluido en la lista de dependientes arriba.

Nombre del dependiente:	Nombre del declarante de impuestos:	Relación con el declarante de impuestos:

Deducciones de impuestos: Complete esta sección si está solicitando atención médica. Usted no tiene que responder a estas preguntas si solo está solicitando SNAP.

Si alguien paga por cosas que pueden deducirse en una declaración del impuesto federal sobre los ingresos, el costo de la cobertura de servicios de salud podría ser un poco más bajo si nos informa al respecto.

Nota: Si trabaja por cuenta propia o es independiente, no incluya ninguno de los costos que incluirá como gastos en el Anexo C del formulario fiscal (por ejemplo: gastos del vehículo, depreciación, prestaciones y salarios de empleados, etc.).

¿Alguien tiene gastos de: (✓)(Marque la columna Sí)	Sí	¿A quién pertenece este gasto?	¿Con qué frecuencia se paga este gasto? (una vez, mensualmente, trimestralmente, dos veces al año, anualmente)	¿Cuánto es el gasto?
Deducción por intereses de préstamos para estudiantes				
Deducción por seguro médico de personas que trabajan por cuenta propia				
Parte deducible del impuesto sobre el trabajo por cuenta propia				
Deducción por cuenta de ahorros para la salud				
Otros (especificar)				



Ingresos:

Proporcione información sobre los ingresos de cualquier menor o adulto incluidos en esta solicitud.

Necesitamos saber acerca de cualquier ingreso, por ejemplo:

- Salarios (Enumere nombre de empleador)
- Trabajo por cuenta propia
- Dinero ganado por el cuidado de niños
- Compensación a trabajadores
- Comisiones
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)
- Pensiones
- Dinero que le pagan a usted por alquileres
- Dinero que le pagan a usted por alojamiento y comida
- Dinero que le pagan a usted por préstamos
- Honorarios del tutor
- Seguro Social
- Beneficios para veteranos
- Soporte/Manutención
- Beneficios por enfermedad
- Desempleo
- Dinero para capacitación
- Dividendos
- Pago de sindicatos
- Juegos de azar

¿Alguien de su familia tiene algún ingreso? Sí No

En caso afirmativo, enumere cualquier ingreso que haya recibido, o que espere recibir, este año.

Liste los ingresos de cada trabajo por separado:

Nombre de la persona con ingresos:	Tipo/Fuente de ingresos:	¿Qué cantidad recibe?	¿Con qué frecuencia?	Fecha del pago más reciente:

Otras preguntas sobre los ingresos:

¿Alguien ha trabajado en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	¿A alguien le han reducido las horas de trabajo en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?
¿Alguien dejó de trabajar en uno o más trabajos en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	¿Alguien está en huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?
¿Alguien ha recibido Seguro Social en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	¿Alguien ha recibido Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?
¿Alguien ha solicitado alguno de estos beneficios? (Marque todo lo que corresponda.)	<input type="checkbox"/> Compensación a trabajadores	¿Quién?	
	<input type="checkbox"/> Seguro Social	¿Quién?	
	<input type="checkbox"/> Compensación por desempleo	¿Quién?	
	<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	¿Quién?	
	<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)	¿Quién?	
¿Alguien paga por el cuidado de niños o el cuidado de un adulto con discapacidad para poder ir a trabajar, a la escuela o recibir capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuánto paga por mes? Cantidad mensual: \$	¿Quién recibe los cuidados?	
¿Obtener los ingresos indicados arriba tiene algún costo para alguien? Por ejemplo, gastos de transporte, costas judiciales, gastos bancarios, honorarios de tutor, etc. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			



Seguro de salud: No es necesario que responda estas preguntas si sólo está solicitando beneficios de SNAP.

¿Alguna de las personas solicitantes tiene cobertura de seguro de salud? Sí No

¿Alguna de las personas solicitantes ha tenido cobertura de seguro de salud en los últimos 90 días? Sí No

Si usted tiene (o ha tenido en los últimos 90 días) más de un tipo de cobertura de seguro de salud, complete una casilla por cada póliza.

NOTA: Si tiene más de una póliza, deberá hacer una copia de las páginas y adjuntarlas.

Tipo de cobertura de salud ▶ Seguro del empleador Medicare TRICARE*
 Peace Corps Plan individual Otro(s) _____

Lista de quien está (o estaba) cubierto:

Nombre del titular de la póliza:	Nombre:	Apellido:
Nombre de la compañía de seguro:	Nombre:	Apellido:
Número de póliza:	Nombre:	Apellido:
Número/nombre del grupo:	Nombre:	Apellido:

¿Qué cubre (o cubriría)? ▶ Atención hospitalaria Oftalmología Este plan es (o era) un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)?
 Medicamentos recetados Visitas al médico Dentista Sí No

¿Cuándo comenzó la cobertura de este seguro? ▶ **¿Cuándo terminó (o terminará) la cobertura de este seguro?** (Dejar en blanco si aún está cubierto) ▶

¿Este seguro de salud terminó (o terminará) debido a que el titular de la póliza perdió su trabajo (reducción de personal, despido, renuncia) o cambió de trabajo? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿quién dejó de tener cobertura?

¿Algún menor dejó (o dejará) de tener cobertura de seguro de salud porque el empleador dejó de ofrecer cobertura? Sí No

*No marque si tiene direct care o Line of Duty.

Seguro de salud de su empleador: No es necesario que responda estas preguntas si sólo está solicitando beneficios de SNAP.

¿Se le ofrece cobertura de salud a través de un trabajo a alguna de las personas para las que usted está presentando la solicitud? Sí No
 Marque Sí incluso cuando la cobertura provenga del trabajo de otra persona, como alguno de los padres o cónyuge.

Si la respuesta es Sí, complete esta sección y la mayor cantidad de información que pueda del Anexo B: Cobertura de salud de empleo(s).

¿Es un plan de beneficios de empleado estatal? Sí No

¿Es cobertura de COBRA? Sí No

¿Es un plan de salud de jubilados? Sí No

Si su trabajo le ofrece cobertura de salud, ¿usted debe (o debería) pagar por su cobertura? Sí No

¿Usted tiene (o tendría) que pagar por la cobertura de su(s) hijo(s)? Sí No

¿Cuál es el costo de la cobertura familiar a través del plan de salud grupal de su empleador? ▶

¿Cuál es el costo de cubrir a su(s) hijo(s) a través del plan de salud grupal de su empleador? ▶



Gastos: Esta sección es para solicitantes de SNAP.

Cuéntenos acerca de sus gastos para que pueda obtener el mayor beneficio posible. Si es necesario, debe proveer prueba de sus gastos.

► En cualquier momento, puede reportarnos los gastos de su hogar, y nosotros podemos pedirle comprobantes de ello.

¿Alguna persona en su hogar paga manutención de menores a una persona que no vive con usted? Si la respuesta es Sí, ¿lo ordenó un tribunal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su hogar recibe asistencia para vivienda? Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo? _____ Si la respuesta es Sí, ¿usted recibe alguna asignación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Las comidas están incluidas en su alquiler?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hay alguien fuera de su grupo familiar que pague alguno de sus gastos? Si es así, ¿qué gastos? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿A quién? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Paga calefacción?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Paga aire acondicionado central o para hacer funcionar unidades de aire acondicionado en la habitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Marque todos los gastos que usted o cualquier persona en su hogar pagan por mes. Márquelo incluso si usted sólo paga parte del gasto.

Teléfono Agua Recolección de basura Instalación de servicios públicos Electricidad
 Petróleo, carbón, madera, queroseno Servicios cloacales Gas Gas propano Otros _____

Si tiene cualquiera de estos gastos, ¿cuánto paga por mes?

Alquiler: \$ _____ Cuotas de condominio: \$ _____
Hipoteca: \$ _____ Impuestos sobre la propiedad: \$ _____ El seguro como propietario del inmueble: \$ _____

Gastos médicos: Esta sección es para solicitantes de SNAP.

Es posible que reciba más beneficios de SNAP si alguien en su hogar tiene 60 años o más, o es discapacitado, y usted puede proporcionar comprobantes de los gastos médicos.

Marque cualquier gasto médico que usted u otra persona en su hogar pagan:

<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Cualquier costo de traslado para asistir a las citas con el médico, a los tratamientos o para recoger los medicamentos recetados. Estos costos incluyen el pago de taxis y transporte público.
<input type="checkbox"/> Facturas del médico	
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Auxiliares de salud (personas en su hogar que ayudan con los tratamientos médicos).
<input type="checkbox"/> Seguro de salud o primas de Medicare	<input type="checkbox"/> Suministros de salud (como lentes/gafas, aparatos de audición, pañales para adultos).
<input type="checkbox"/> Equipos médicos	<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados
<input type="checkbox"/> Otros:	

► **No informar ni proporcionar comprobantes de los gastos listados arriba será considerado como una declaración de su grupo familiar de que no desea recibir una deducción por los gastos no informados.**



Consulta de antecedentes penales: Usted no tiene que responder a estas preguntas si solo está solicitando atención médica.

Responda las siguientes preguntas en relación a usted y a cualquier persona para la que esté solicitando beneficios:

¿A alguien se le ha expedido una citación o una orden judicial para comparecer como acusado en un caso de un juzgado en lo penal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?
¿Alguien debe alguna multa, costo o restitución por un delito mayor o delito menor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?
¿Alguien tiene un plan de pagos por multas y costos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?
¿Alguien está en libertad condicional o libertad bajo palabra?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?
¿Alguien ha sido condenado por fraude a la asistencia pública?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?
¿Alguien está fugado o evadiendo a la policía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?

Inscripción de electores (opcional)

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy? Sí No
SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) haber sido ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción de electores, podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o para solicitar la inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA, Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA).

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO ARRIBA

Given to Client __/__/__ Sent to voter registration __/__/__ Mailed to Client __/__/__
 Declined, not interested __/__/__ Not a U.S. citizen __/__/__ Declined, already registered __/__/__

Para uso exclusivo de la CAO (CAO USE ONLY)

1. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children?	EXPEDITED REVIEW	Initials:	Date:
2. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide?		<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied -	CLIENT NOTIFIED
3. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are the household liquid resources equal to or less than \$100?	Reason for denial:		
4. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is the countable monthly gross income less than \$150?	REGISTERED FOR CATEGORIES ▶		
5. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is this a migrant or seasonal farm worker household?			
6. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is the household destitute?			
7. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?			



DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantendremos la confidencialidad de su información. Se utilizará solamente para determinar los programas en los que pueda participar según su elegibilidad. Cuando se le solicite, la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) deberá proporcionarles a los agentes de policía federales, estatales y locales la dirección, el número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN) y la fotografía (si estuviera disponible) de cualquier persona que esté fugada para evitar acciones legales, arresto o encarcelamiento por haber cometido un delito grave o violado la libertad bajo palabra o condicional. Toda persona que intencionalmente viole cualquiera de las reglas y reglamentos de este departamento será culpable de una infracción menor y, una vez definida la condena, será sentenciada a pagar una multa que no excederá los cien dólares (\$100) o a una pena de prisión por un período que no excederá los seis meses, o ambos (Título 62 de la Ley Estatal de Pennsylvania [por sus siglas en inglés, P.S.], sección 483).

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

Le entregaremos una notificación escrita para explicarle sus beneficios. Si denegamos, cambiamos, suspendemos o interrumpimos los beneficios, le entregaremos una explicación escrita de los motivos. Usted tiene 30 días (90 días para los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [por sus siglas en inglés, SNAP]) desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia.

DERECHO DE APELACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia del Departamento de Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, DHS) para apelar una decisión que usted considere injusta o incorrecta, o si el DHS no toma medidas con relación a su solicitud de beneficios. Puede presentar la apelación ante la CAO. Si interpone una apelación, también puede solicitar una conferencia con la agencia antes de la audiencia. Si su apelación involucra beneficios de SNAP urgentes, tiene derecho a tener esta conferencia con un supervisor en un plazo de dos días hábiles. En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar.

DERECHO A PRESENTAR UNA PETICIÓN DE MOTIVO SUFICIENTE

Si usted solicita beneficios de Asistencia Médica (MA) o Monetaria, la ley exige que coopere para establecer la paternidad y obtener manutención de menores. Es posible que usted sea eximido de estos requisitos si demuestra que su cumplimiento puede ser peligroso para usted y/o sus hijos. Esto se denomina causa justificada. A menos que se establezca una exención porque tiene una causa justificada, usted deberá cumplir los requisitos de empleo y capacitación. También deberá cumplir los requisitos de reportes semestrales, a menos que se le otorgue una exención por causa justificada.

DERECHO A RECIBIR UN CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE

Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si usted se inscribe en un plan de salud grupal que excluya el tratamiento para una enfermedad que ya tenía, se le puede acreditar el tiempo en el que recibió cobertura de asistencia de salud. Es posible que esto le ayude a obtener cobertura. Comuníquese con su trabajador social para solicitar este certificado.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Debe proporcionar información verdadera, correcta y completa. Debe ayudar con la verificación de la información que brinde. Es posible que se denieguen los beneficios si usted no proporciona ciertos comprobantes. Si no puede presentar comprobantes, debe pedirle a la CAO que le ayude a obtenerlos. Si el DHS o la Oficina del Inspector General se comunican con usted, debe cooperar plenamente con esas personas o investigadores. Si tiene 55 años de edad o más y recibe beneficios de MA para pagar servicios de una residencia para personas mayores, servicios en el hogar y en la comunidad a través de un programa de exención (en inglés, waiver) y cualquier otro servicio de medicamentos recetados y servicios hospitalarios, se le podrá exigir que reintegre el costo de dichos servicios con su patrimonio validado. Si está solicitando asistencia monetaria, es posible que deba firmar un acuerdo para reintegrar los beneficios que usted, su cónyuge y sus hijos hayan recibido.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Para recibir beneficios de asistencia monetaria, asistencia de salud y/o SNAP, usted debe proporcionar el SSN de cada persona para la que solicite dichos beneficios. Si no tuviera un SSN, debe solicitarlo. Es posible que no se le otorguen los beneficios si no proporciona un SSN. En el caso de beneficios de asistencia monetaria, podemos pedirle el SSN de cualquier persona cuyos ingresos o recursos pudieran afectar su elegibilidad o la cantidad de los beneficios. Su SSN será utilizado para verificar su identidad, para hacer comparaciones mediante programas de computadora a fin de verificar ingresos y recursos, así como para evitar la duplicación de beneficios estatales y federales. Si un extranjero solicita solamente MA en caso de emergencia, no deberá proporcionar un SSN (Título 42 del Código de los Estados Unidos [por sus siglas en inglés, U.S.C.] 1320b-7).

RESPONSABILIDAD DE USAR LA TARJETA PA ACCESS DE MANERA LEGAL

Una vez que se determine su elegibilidad para recibir los beneficios, usted recibirá una tarjeta PA ACCESS que podrá ser usada solamente por la persona que es elegible y únicamente durante el período de elegibilidad. Podrá usar la tarjeta solamente para aquellos servicios que sean necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Si califica para recibir los beneficios, tendrá que reportar los cambios de sus circunstancias a su trabajador social o al Centro de servicio al cliente. Los cambios que deben informarse incluyen, por ejemplo, si una persona viene a vivir a su hogar o se muda de él, si usted/ el grupo familiar tiene una nueva dirección, si una persona tiene un nuevo empleo, si alguien pierde el empleo, si nace un niño o si existen nuevas fuentes de ingresos o se producen cambios en éstos. Su trabajador social y las notificaciones que usted reciba cubrirán los detalles específicos de acuerdo con los programas y beneficios para los cuales usted sea elegible. Si no informa los cambios según los lineamientos del programa, usted podría perder los beneficios, recibir sanciones o enfrentar acciones penales o civiles. Puede informarle los cambios a la CAO personalmente; por teléfono, fax o correo postal; o a través de su cuenta COMPASS. También puede informar los cambios al Centro de servicio al cliente al 1-877-395-8930, o para el área de Philadelphia al 1-215-560-7226, en cualquier momento.

RESPONSABILIDAD DE BUSCAR EMPLEO

Si está solicitando asistencia monetaria, usted debe proporcionar comprobantes de que está buscando al menos 3 empleos por semana durante el proceso de solicitud, a menos que haya demostrado que tiene motivo suficiente o comprobantes de que está exento de esta responsabilidad.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

(i) La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social (SSN) de cada uno de los miembros del grupo familiar, está autorizada de conformidad la Ley de Cupones para Alimentos (en inglés, Food Stamp Act) de 1977, según se enmienda en el Título 7 del U.S.C. 2011-2036. La información se usará para determinar si su grupo familiar tiene este derecho y continúa teniéndolo para participar en el Programa SNAP. Verificaremos esta información usando programas de verificación por computadora. Esta información se usará también para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la administración del programa. (ii) Esta información se divulgará a otras agencias federales y estatales para evaluación oficial, y a funcionarios de la policía para arrestar a personas fugitivas de la ley.

(iii) Si se presenta una reclamación de SNAP contra su grupo familiar, es posible que la información contenida en esta solicitud, incluyendo todos los SSN, se envíe a las agencias federales y estatales, así como a agencias de cobranza privadas, para procesos de cobro por reclamaciones.

(iv) Proporcionar la información solicitada, incluso el SSN de cada uno de los miembros del grupo familiar, es voluntario. Sin embargo, si no se proporciona un SSN, esto podría resultar en la denegación de los beneficios de SNAP a cada una de las personas que no lo proporcionen. Todos los SSN proporcionados se usarán y divulgarán de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del grupo familiar.



Prohibiciones y penalizaciones Lea acerca de sus responsabilidades:

SI ESTO SUCEDE SIN CAUSA JUSTIFICADA		PUEDA PASAR ESTO (PENALIZACION)
TODOS LOS BENEFICIOS SNAP ASISTENCIA MONETARIA CUIDADO DE LA SALUD	Usar indebidamente la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o la tarjeta PA ACCESS.	Multa, prisión o ambas.
	No informar cambios, según corresponda.	Se reducirán o interrumpirán los beneficios.
	Deliberadamente proporcionar información que es falsa, incorrecta o incompleta, o no informar cambios.	Multa, descalificación y/o prisión por fraude a la asistencia pública, descalificación para procedimientos de audiencias administrativas. Se cancela su derecho para recibir asistencia monetaria: <ul style="list-style-type: none"> Primera vez: 6 meses. Segunda vez: 12 meses. Tercera vez: indefinidamente. Se cancela su derecho para recibir beneficios de SNAP: <ul style="list-style-type: none"> Primera vez: 12 meses. Segunda vez: 24 meses. Tercera vez: indefinidamente.
	Comercializar, vender o intentar comercializar, vender o utilizar la tarjeta ACCESS de otra persona.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> Todas las condenas judiciales: 12 meses.
SNAP	Usar indebidamente los beneficios de SNAP de manera deliberada, por ejemplo, canjear, vender o comprar Tarjetas de EBT o beneficios de SNAP; convertir los beneficios; o vaciar envases o recipientes comprados con beneficios de SNAP para cobrar el depósito reembolsable — o comprar artículos que no son cubiertos por SNAP, tales como alcohol o tabaco — o usar los beneficios de SNAP para pagar alimentos que ya se recibieron o comprar alimentos a crédito.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> Primera vez: 12 meses. Segunda vez: 24 meses. Tercera vez: indefinidamente. Primera condena judicial de más de \$500: indefinidamente.
	Comprar un producto con beneficios de SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles mediante la reventa del producto a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles.	
	Comprar intencionalmente productos que originalmente se compraron con beneficios de SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles.	
	Usar/recibir beneficios de SNAP para comprar drogas o sustancias controladas.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> Primera vez: 24 meses. Segunda vez: indefinidamente.
	Usar/recibir beneficios de SNAP en una venta de armas de fuego, municiones o explosivos.	Primera vez: no ser elegible indefinidamente.
	Ser sentenciado por comprar, vender o canjear beneficios de SNAP por un total de \$500 o más.	Se cancela su derecho indefinidamente.
	Mentir sobre su identidad o sobre el lugar donde vive para recibir más de un beneficio de SNAP.	Se cancela su derecho por 10 años.
ASISTENCIA MONETARIA	Fugarse para evitar acciones legales, arresto o confinamiento por haber cometido un delito grave/tentativa de delito grave o violado la libertad bajo palabra o condicional.	Se cancela su derecho hasta que usted cumpla lo que exige la ley.
	No cumplir una penalización impuesta por un tribunal, incluyendo el pago de multas, por un delito grave o infracción menor.	No será elegible hasta haber cumplido la penalización.
	Mentir sobre el lugar donde vive para recibir asistencia monetaria en dos o más estados.	No será elegible durante 10 años.
Fugarse para evitar acciones legales, arresto o encarcelamiento por haber cometido un delito grave/tentativa de delito grave; no comparecer como acusado en un caso penal cuando tiene una citación o una orden de detención o arresto por un delito sumario, un delito grave o una infracción menor; darse a la fuga por haber violado la libertad bajo palabra o condicional; o tener una orden de arresto en su contra.		Se cancela su derecho hasta que usted cumpla lo que exige la ley.
Si lo declaran culpable de fraude o de violar las reglas antes mencionadas:		<ul style="list-style-type: none"> multa de hasta \$250,000 en el programa SNAP y de hasta \$15,000 en el programa de Asistencia Monetaria; prisión durante un máximo de veinte años en el programa SNAP y durante un máximo de siete años en el programa de Asistencia Monetaria; y/o reintegrar los beneficios recibidos. Descalificación para recibir beneficios por los períodos indicados arriba para cada programa.
REGLAS DE TRABAJO DEL PROGRAMA SNAP	En el caso de miembros del grupo familiar —que sean física y mentalmente aptos y tengan más de 15 y menos de 60 años de edad— que no estén exentos de otra manera o que tengan causa justificada.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> Primera vez: un mes y hasta que usted haga lo que corresponda. Segunda vez: tres meses y hasta que usted haga lo que corresponda. Tercera vez y subsiguientes: seis meses cada vez y hasta que usted haga lo que corresponda.
	Rehusarse a: <ul style="list-style-type: none"> Participar en programas de trabajo/capacitación aprobados. Aceptar un empleo. Informarle a la CAO el estado laboral y la disponibilidad para el trabajo. 	
REGLAS DE TRABAJO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA	No cumplir los requisitos de efectivo a propósito, según el Acuerdo de Responsabilidad Mutua (AMR).	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> Primera vez: usted no será elegible por un período mínimo de 30 días y hasta que demuestre y mantenga el cumplimiento de los requisitos como mínimo una semana. Si usted es descalificado por 90 días, toda su familia será descalificada hasta que usted demuestre y mantenga el cumplimiento de los requisitos como mínimo una semana. Segunda vez: usted no será elegible por un período mínimo de 60 días y hasta que demuestre y mantenga el cumplimiento de los requisitos como mínimo una semana. Si usted es descalificado por 60 días, toda su familia será descalificada hasta que usted demuestre y mantenga el cumplimiento de los requisitos como mínimo una semana. Tercera vez: indefinidamente.



Entendiendo sus derechos y responsabilidades

Al firmar este formulario:

- Comprendo que Pennsylvania recibe información del Sistema de verificación de elegibilidad de ingresos (IEVS, por sus siglas en inglés) y otros organismos estatales y federales para verificar la información que les entrego. La información disponible a través de IEVS se solicitará, usará y será verificada a través de un contacto colateral cuando el organismo estatal encuentre discrepancias y dicha información pueda afectar la elegibilidad de la familia y los niveles de beneficios. Si tergiverso, oculto o retengo hechos que pueden afectar mi elegibilidad para recibir beneficios, se me podrá exigir que reintegre mis beneficios y puedo ser procesado y descalificado para recibir ciertos beneficios futuros.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.
- Entiendo que la información que declaro en este solicitud tendrá carácter confidencial y únicamente se usará para administrar beneficios. Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para propósitos de definir la elegibilidad.
- Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a informar, deberé hacerlo dentro de los 10 primeros días del mes posterior al mes en que se produzca el cambio.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito donde se expliquen los beneficios. Si se deniegan, cambian, suspenden o interrumpen los beneficios, la notificación por escrito explicará los motivos.
- Entiendo que tendré 30 días (90 días para los beneficios del programa SNAP [cupones para alimentos]) desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada con respecto a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Entiendo que debo utilizar la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (por sus siglas en inglés, EBT) o la tarjeta PA ACCESS, únicamente durante el período en que soy elegible. Debo usar la tarjeta EBT o PA ACCESS únicamente para la persona que es aprobada y sólo puedo recibir los beneficios que sean necesarios y razonables.
- Entiendo que no puedo usar los fondos de TANF emitidos a través de mi tarjeta PA ACCESS para hacer transacciones de EBT en comercios/tiendas de bebidas alcohólicas; casinos (casinos de juego, casas de juego); ni en lugares para entretenimiento de adultos.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número de Seguro Social de ninguna persona que no esté solicitando asistencia. Si proporciono su número de Seguro Social, podrá ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de perjurio (penal).
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tenga una cláusula de condición preexistente, puedo obtener crédito por el período en el que recibí Asistencia Médica.

- Entiendo que si me definen como elegible para Asistencia Médica, se me dará el paquete más integral de atención de salud a mi disposición.
- Si recibo beneficios de asistencia monetaria, cooperaré con los requisitos del programa de cumplimiento de manutención de menores, según lo indique el departamento. Le concedo al departamento y a la Sección de Relaciones Domésticas el derecho a conseguir y cobrar dinero en efectivo y/o ayuda médica para mí y las demás personas para quienes estoy presentando la solicitud.
- Entiendo que si informo y proporciono comprobantes de los gastos del grupo familiar, recibiré el monto máximo permitido de beneficios de SNAP (cupones para alimentos). No informar ni proporcionar comprobantes de los gastos del grupo familiar será considerado como declaración de que no quiere que se le haga deducción de los gastos no informados o no comprobados. (Autoridad: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Servicio de Nutrición y Alimentos, región del Atlántico Medio, Aviso Administrativo 6-99, emitido el 4 de enero de 1999).
- Entiendo que tengo derecho a recibir crédito por los gastos del grupo familiar al momento en que los informe y proporcione los comprobantes correspondientes, en cualquier momento durante el período de mi certificación para el programa SNAP (cupones para alimentos).
- Entiendo que tengo derecho a pedir ayuda a la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) para conseguir comprobantes de los gastos, y que la CAO puede contactar a otras personas para confirmar si estoy teniendo inconvenientes para obtener alguno de los comprobantes.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no califican para atención de salud, podrán ser elegibles para CHIP. De ser así, autorizo al Departamento de Servicios Humanos divulgar mi nombre e información que aparecen en esta solicitud al departamento de seguros o al contratista CHIP.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no califican para atención de salud, podrán ser elegibles para beneficios federales y/o investiguen opciones de atención de salud particular a través del Mercado de Seguro de Salud. De ser así, autorizo al departamento divulgar mi nombre e información que aparecen en esta solicitud al Mercado.
- **Renovación de la cobertura en años futuros:** Para facilitar la determinación de mi derecho para recibir ayuda para la cobertura médica en el futuro, acepto permitir que el Mercado de Seguros Médicos use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado de seguros médicos me enviará una notificación, me permitirá hacer los cambios necesarios y yo podré dejar de participar en cualquier momento.

Sí, acepto que se renueve mi elegibilidad automáticamente en el/los próximo(s) (marque una opción):

- Cinco años (el número máximo de años permitidos)
- Cuatro años
- Tres años
- Dos años
- Un año
- No deseo que se utilice mi información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

X

Firma del solicitante o representante autorizado

Fecha

Nombre del representante autorizado	Dirección del representante autorizado	Número de teléfono

SÓLO PARA LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO

I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.

CAO Signature

Date





pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Pennsylvania Department of Human Services (DHS) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El DHS no excluye ni trata de forma diferente a las personas en base a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, creencias, religión, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género, u orientación sexual.

DHS:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la oficina de asistencia del condado.

Si considera que DHS no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, (717) 787-1127, TTY (800) 654-5484, Fax - (717) 772-4366, o correo electrónico - RA-PWBEOAO@pa.gov. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Bureau of Equal Opportunity está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU. de manera electrónica a través de: Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Miembro de una familia indígena norteamericano o de Alaska (AI/AN)

Complete este anexo si usted o algún miembro de la familia son indígenas norteamericanos o de Alaska. Presente este formulario junto con su Solicitud de cobertura de salud.

Proporcione información sobre el o los miembros de su familia que son indígenas norteamericanos o de Alaska.

Los indígenas norteamericanos y de Alaska pueden obtener servicios del Servicio de Salud Indígena, de los programas de salud tribal o programas de salud indígena urbanos. También es posible que no tengan que pagar costos compartidos y que tengan períodos de inscripción mensual especiales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba la mayor cantidad de ayuda posible.

NOTA: Si tiene más personas para incluir, haga una copia de esta página y adjúntela..

PERSONA AI/AN 1		Escriba toda la información en letra de imprenta	
Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido):		¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Si la respuesta es Sí, nombre de la tribu: _____ Estado: _____	
¿Esta persona recibió alguna vez algún servicio del Servicio de Salud Indígena, de algún programa de salud tribal o programa de salud indígena urbano, o a través fue remitido por alguno de dichos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es No, ¿esta persona es elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, de algún programa de salud tribal o programa de salud indígena urbano, o fue remitido por de alguno de dichos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Es posible que algunas cantidades de dinero no se cuenten hacia la atención de salud. Enumere los ingresos (cantidad y frecuencia) que haya declarado en su solicitud y que incluya dinero de las fuentes siguientes:		\$ _____	
<ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provengan de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías. • Pagos provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como fideicomisos de tierras indígenas por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y ex reservas indígenas). • Dinero proveniente de la venta de artículos que tienen trasfondo cultural. 		Frecuencia? _____	

PERSONA AI/AN 2		Escriba toda la información en letra de imprenta	
Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido):		¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Si la respuesta es Sí, nombre de la tribu: _____ Estado: _____	
¿Esta persona recibió alguna vez algún servicio del Servicio de Salud Indígena, de algún programa de salud tribal o programa de salud indígena urbano, o a través fue remitido por alguno de dichos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es No, ¿esta persona es elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, de algún programa de salud tribal o programa de salud indígena urbano, o fue remitido por de alguno de dichos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Es posible que algunas cantidades de dinero no se cuenten hacia la atención de salud. Enumere los ingresos (cantidad y frecuencia) que haya declarado en su solicitud y que incluya dinero de las fuentes siguientes:		\$ _____	
<ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provengan de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías. • Pagos provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como fideicomisos de tierras indígenas por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y ex reservas indígenas). • Dinero proveniente de la venta de artículos que tienen trasfondo cultural. 		Frecuencia? _____	





Cobertura de salud de empleo(s)

Proporcione información sobre el trabajo que ofrece la cobertura. NO es necesario que responda estas preguntas a menos que alguno de los miembros del grupo familiar sea elegible para recibir cobertura de salud de un trabajo. **No es necesario completar este Anexo si solo solicita beneficios de SNAP.**

Escriba su nombre completo y número de Seguro Social en la sección de Información del empleado. Es posible que tenga que pedirle a su empleador que le ayude a completar la sección de Información del empleador. Si no consigue la información de parte de su empleador a tiempo, o considera que completar esta sección demorará el inicio de su proceso de solicitud, puede presentar su solicitud sin el Anexo B.

Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura.

Información del empleado

Nombre completo del empleado (nombre, segundo nombre, apellido):	Número de Seguro Social:
--	--------------------------

Información del empleador

Nombre del empleador:	Número de Identificación Patronal (EIN):
-----------------------	--

Dirección del empleador (incluya calle, número, ciudad, estado y código postal+4):	Número de teléfono del empleador: ()
--	--

¿A quién podemos contactar para obtener información sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo? 	Número de teléfono (si difiere del anterior): ()	Dirección de correo electrónico:
---	--	----------------------------------

¿El empleado es actualmente elegible para recibir la cobertura que ofrece este empleador? ¿O será elegible dentro de los próximos tres meses?

Sí (continuar) Si el empleado no es elegible hoy, por ej. como resultado del período de prueba o espera, ¿cuándo será elegible para recibir cobertura? _____

No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

Proporcione información sobre el plan de salud ofrecido por este empleador.

¿El plan de salud que ofrece el empleador cubre al cónyuge o dependiente(s) del empleado? Sí. ¿A quiénes?: Cónyuge Dependiente(s)

No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)

¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple el estándar de valor mínimo?* Sí (vaya a la siguiente pregunta) No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)

Para el plan de costo más bajo que cumpla el estándar de valor mínimo* ofrecido solamente al empleado (no incluye planes familiares): si el empleador tiene programas para promover el bienestar, indique la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas para promover el bienestar.

¿Cuánto deberá pagar el empleado en concepto de primas por este plan? \$ _____

¿Con qué frecuencia? Semanal Cada dos semanas Dos veces por mes Mensual Trimestral Anual

Si su plan está por terminar pronto y sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, vaya a la siguiente pregunta. Si desconoce esto, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

¿Qué cambio(s) hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de costo más bajo disponible solamente para aquellos empleados que cumplan el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento de los programas para promover el bienestar. Ver la pregunta anterior).

¿Cuánto tendría que pagar el empleado en concepto de primas por este plan? \$ _____

¿Con qué frecuencia? Semanal Cada dos semanas Dos veces por mes Mensual Trimestral Anual

Fecha del cambio: (mm/dd/aaaa) _____

*Un plan patrocinado por un empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si la proporción que corresponde al plan del total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(C)(2)(C)(ii) del Código Fiscal de 1986).





Sus derechos y responsabilidades Lea la siguiente información sobre sus derechos y responsabilidades:

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantendremos la confidencialidad de su información. Se utilizará solamente para determinar los programas en los que pueda participar según su elegibilidad. Cuando se le solicite, la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) deberá proporcionarles a los agentes de policía federales, estatales y locales la dirección, el número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN) y la fotografía (si estuviera disponible) de cualquier persona que esté fugada para evitar acciones legales, arresto o encarcelamiento por haber cometido un delito grave o violado la libertad bajo palabra o condicional. Toda persona que intencionalmente viole cualquiera de las reglas y reglamentos de este departamento será culpable de una infracción menor y, una vez definida la condena, será sentenciada a pagar una multa que no excederá los cien dólares (\$100) o a una pena de prisión por un período que no excederá los seis meses, o ambos (Título 62 de la Ley Estatal de Pennsylvania [por sus siglas en inglés, P.S.], sección 483).

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

Le entregaremos una notificación escrita para explicarle sus beneficios. Si denegamos, cambiamos, suspendemos o interrumpimos los beneficios, le entregaremos una explicación escrita de los motivos. Usted tiene 30 días (90 días para los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [por sus siglas en inglés, SNAP]) desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia.

DERECHO DE APELACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia del Departamento de Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, DHS) para apelar una decisión que usted considere injusta o incorrecta, o si el DHS no toma medidas con relación a su solicitud de beneficios. Puede presentar la apelación ante la CAO. Si interpone una apelación, también puede solicitar una conferencia con la agencia antes de la audiencia. Si su apelación involucra beneficios de SNAP urgentes, tiene derecho a tener esta conferencia con un supervisor en un plazo de dos días hábiles. En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar.

DERECHO A PRESENTAR UNA PETICIÓN DE MOTIVO SUFICIENTE

Si usted solicita beneficios de Asistencia Médica (MA) o Monetaria, la ley exige que coopere para establecer la paternidad y obtener manutención de menores. Es posible que usted sea eximido de estos requisitos si demuestra que su cumplimiento puede ser peligroso para usted y/o sus hijos. Esto se denomina causa justificada. A menos que se establezca una exención porque tiene una causa justificada, usted deberá cumplir los requisitos de empleo y capacitación. También deberá cumplir los requisitos de reportes semestrales, a menos que se le otorgue una exención por causa justificada.

DERECHO A RECIBIR UN CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE

Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si usted se inscribe en un plan de salud grupal que excluya el tratamiento para una enfermedad que ya tenía, se le puede acreditar el tiempo en el que recibió cobertura de asistencia de salud. Es posible que esto le ayude a obtener cobertura. Comuníquese con su trabajador social para solicitar este certificado.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Debe proporcionar información verdadera, correcta y completa. Debe ayudar con la verificación de la información que brinde. Es posible que se denieguen los beneficios si usted no proporciona ciertos comprobantes. Si no puede presentar comprobantes, debe pedirle a la CAO que le ayude a obtenerlos. Si el DHS o la Oficina del Inspector General se comunican con usted, debe cooperar plenamente con esas personas o investigadores. Si tiene 55 años de edad o más y recibe beneficios de MA para pagar servicios de una residencia para personas mayores, servicios en el hogar y en la comunidad a través de un programa de exención (en inglés, waiver) y cualquier otro servicio de medicamentos recetados y servicios hospitalarios, se le podrá exigir que reintegre el costo de dichos servicios con su patrimonio validado. Si está solicitando asistencia monetaria, es posible que deba firmar un acuerdo para reintegrar los beneficios que usted, su cónyuge y sus hijos hayan recibido.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Para recibir beneficios de asistencia monetaria, asistencia de salud y/o SNAP, usted debe proporcionar el SSN de cada persona para la que solicite dichos beneficios. Si no tuviera un SSN, debe solicitarlo. Es posible que no se le otorguen los beneficios si no proporciona un SSN. En el caso de beneficios de asistencia monetaria, podemos pedirle el SSN de cualquier persona cuyos ingresos o recursos pudieran afectar su elegibilidad o la cantidad de los beneficios. Su SSN será utilizado para verificar su identidad, para hacer comparaciones mediante programas de computadora a fin de verificar ingresos y recursos, así como para evitar la duplicación de beneficios estatales y federales. Si un extranjero solicita solamente MA en caso de emergencia, no deberá proporcionar un SSN (Título 42 del Código de los Estados Unidos [por sus siglas en inglés, U.S.C.] 1320b-7).

RESPONSABILIDAD DE USAR LA TARJETA PA ACCESS DE MANERA LEGAL

Una vez que se determine su elegibilidad para recibir los beneficios, usted recibirá una tarjeta PA ACCESS que podrá ser usada solamente por la persona que es elegible y únicamente durante el período de elegibilidad. Podrá usar la tarjeta solamente para aquellos servicios que sean necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Si califica para recibir los beneficios, tendrá que reportar los cambios de sus circunstancias a su trabajador social o al Centro de servicio al cliente. Los cambios que deben informarse incluyen, por ejemplo, si una persona viene a vivir a su hogar o se muda de él, si usted/ el grupo familiar tiene una nueva dirección, si una persona tiene un nuevo empleo, si alguien pierde el empleo, si nace un niño o si existen nuevas fuentes de ingresos o se producen cambios en éstos. Su trabajador social y las notificaciones que usted reciba cubrirán los detalles específicos de acuerdo con los programas y beneficios para los cuales usted sea elegible. Si no informa los cambios según los lineamientos del programa, usted podría perder los beneficios, recibir sanciones o enfrentar acciones penales o civiles. Puede informarle los cambios a la CAO personalmente; por teléfono, fax o correo postal; o a través de su cuenta COMPASS. También puede informar los cambios al Centro de servicio al cliente al 1-877-395-8930, o para el área de Philadelphia al 1-215-560-7226, en cualquier momento.

RESPONSABILIDAD DE BUSCAR EMPLEO

Si está solicitando asistencia monetaria, usted debe proporcionar comprobantes de que está buscando al menos 3 empleos por semana durante el proceso de solicitud, a menos que haya demostrado que tiene motivo suficiente o comprobantes de que está exento de esta responsabilidad.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

(i) La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social (SSN) de cada uno de los miembros del grupo familiar, está autorizada de conformidad la Ley de Cupones para Alimentos (en inglés, Food Stamp Act) de 1977, según se enmienda en el Título 7 del U.S.C. 2011-2036. La información se usará para determinar si su grupo familiar tiene este derecho y continúa teniéndolo para participar en el Programa SNAP. Verificaremos esta información usando programas de verificación por computadora. Esta información se usará también para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la administración del programa. (ii) Esta información se divulgará a otras agencias federales y estatales para evaluación oficial, y a funcionarios de la policía para arrestar a personas fugitivas de la ley.

(iii) Si se presenta una reclamación de SNAP contra su grupo familiar, es posible que la información contenida en esta solicitud, incluyendo todos los SSN, se envíe a las agencias federales y estatales, así como a agencias de cobranza privadas, para procesos de cobro por reclamaciones.

(iv) Proporcionar la información solicitada, incluso el SSN de cada uno de los miembros del grupo familiar, es voluntario. Sin embargo, si no se proporciona un SSN, esto podría resultar en la denegación de los beneficios de SNAP a cada una de las personas que no lo proporcionen. Todos los SSN proporcionados se usarán y divulgarán de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del grupo familiar.



Prohibiciones y penalizaciones Lea acerca de sus responsabilidades:

SI ESTO SUCEDE SIN CAUSA JUSTIFICADA		PUEDA PASAR ESTO (PENALIZACION)
TODOS LOS BENEFICIOS SNAP ASISTENCIA MONETARIA CUIDADO DE LA SALUD	Usar indebidamente la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o la tarjeta PA ACCESS.	Multa, prisión o ambas.
	No informar cambios, según corresponda.	Se reducirán o interrumpirán los beneficios.
	Deliberadamente proporcionar información que es falsa, incorrecta o incompleta, o no informar cambios.	Multa, descalificación y/o prisión por fraude a la asistencia pública, descalificación para procedimientos de audiencias administrativas. Se cancela su derecho para recibir asistencia monetaria: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 6 meses. • Segunda vez: 12 meses. • Tercera vez: indefinidamente. Se cancela su derecho para recibir beneficios de SNAP: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 12 meses. • Segunda vez: 24 meses. • Tercera vez: indefinidamente.
	Comercializar, vender o intentar comercializar, vender o utilizar la tarjeta ACCESS de otra persona.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Todas las condenas judiciales: 12 meses.
SNAP	Usar indebidamente los beneficios de SNAP de manera deliberada, por ejemplo, canjear, vender o comprar Tarjetas de EBT o beneficios de SNAP; convertir los beneficios; o vaciar envases o recipientes comprados con beneficios de SNAP para cobrar el depósito reembolsable — o comprar artículos que no son cubiertos por SNAP, tales como alcohol o tabaco — o usar los beneficios de SNAP para pagar alimentos que ya se recibieron o comprar alimentos a crédito.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 12 meses. • Segunda vez: 24 meses. • Tercera vez: indefinidamente. • Primera condena judicial de más de \$500: indefinidamente.
	Comprar un producto con beneficios de SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles mediante la reventa del producto a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles.	
	Comprar intencionalmente productos que originalmente se compraron con beneficios de SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles.	
	Usar/recibir beneficios de SNAP para comprar drogas o sustancias controladas.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 24 meses. • Segunda vez: indefinidamente.
	Usar/recibir beneficios de SNAP en una venta de armas de fuego, municiones o explosivos.	Primera vez: no ser elegible indefinidamente.
	Ser sentenciado por comprar, vender o canjear beneficios de SNAP por un total de \$500 o más.	Se cancela su derecho indefinidamente.
	Mentir sobre su identidad o sobre el lugar donde vive para recibir más de un beneficio de SNAP.	Se cancela su derecho por 10 años.
ASISTENCIA MONETARIA	Fugarse para evitar acciones legales, arresto o confinamiento por haber cometido un delito grave/tentativa de delito grave o violado la libertad bajo palabra o condicional.	Se cancela su derecho hasta que usted cumpla lo que exige la ley.
	No cumplir una penalización impuesta por un tribunal, incluyendo el pago de multas, por un delito grave o infracción menor.	No será elegible hasta haber cumplido la penalización.
	Mentir sobre el lugar donde vive para recibir asistencia monetaria en dos o más estados.	No será elegible durante 10 años.
Fugarse para evitar acciones legales, arresto o encarcelamiento por haber cometido un delito grave/tentativa de delito grave; no comparecer como acusado en un caso penal cuando tiene una citación o una orden de detención o arresto por un delito sumario, un delito grave o una infracción menor; darse a la fuga por haber violado la libertad bajo palabra o condicional; o tener una orden de arresto en su contra.		Se cancela su derecho hasta que usted cumpla lo que exige la ley.
Si lo declaran culpable de fraude o de violar las reglas antes mencionadas:		<ul style="list-style-type: none"> • multa de hasta \$250,000 en el programa SNAP y de hasta \$15,000 en el programa de Asistencia Monetaria; • prisión durante un máximo de veinte años en el programa SNAP y durante un máximo de siete años en el programa de Asistencia Monetaria; y/o • reintegrar los beneficios recibidos. • Descalificación para recibir beneficios por los períodos indicados arriba para cada programa.
REGLAS DE TRABAJO DEL PROGRAMA SNAP	En el caso de miembros del grupo familiar —que sean física y mentalmente aptos y tengan más de 15 y menos de 60 años de edad— que no estén exentos de otra manera o que tengan causa justificada.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: un mes y hasta que usted haga lo que corresponda. • Segunda vez: tres meses y hasta que usted haga lo que corresponda. • Tercera vez y subsiguientes: seis meses cada vez y hasta que usted haga lo que corresponda.
	Rehusarse a: <ul style="list-style-type: none"> • Participar en programas de trabajo/capacitación aprobados. • Aceptar un empleo. • Informarle a la CAO el estado laboral y la disponibilidad para el trabajo. 	
REGLAS DE TRABAJO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA	No cumplir los requisitos de efectivo a propósito, según el Acuerdo de Responsabilidad Mutua (AMR).	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: usted no será elegible por un período mínimo de 30 días y hasta que demuestre y mantenga el cumplimiento de los requisitos como mínimo una semana. Si usted es descalificado por 90 días, toda su familia será descalificada hasta que usted demuestre y mantenga el cumplimiento de los requisitos como mínimo una semana. • Segunda vez: usted no será elegible por un período mínimo de 60 días y hasta que demuestre y mantenga el cumplimiento de los requisitos como mínimo una semana. Si usted es descalificado por 60 días, toda su familia será descalificada hasta que usted demuestre y mantenga el cumplimiento de los requisitos como mínimo una semana. • Tercera vez: indefinidamente.



Entendiendo sus derechos y responsabilidades

Al firmar este formulario:

- Comprendo que Pennsylvania recibe información del Sistema de verificación de elegibilidad de ingresos (IEVS, por sus siglas en inglés) y otros organismos estatales y federales para verificar la información que les entrego. La información disponible a través de IEVS se solicitará, usará y será verificada a través de un contacto colateral cuando el organismo estatal encuentre discrepancias y dicha información pueda afectar la elegibilidad de la familia y los niveles de beneficios. Si tergiverso, oculto o retengo hechos que pueden afectar mi elegibilidad para recibir beneficios, se me podrá exigir que reintegre mis beneficios y puedo ser procesado y descalificado para recibir ciertos beneficios futuros.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.
- Entiendo que la información que declaro en este solicitud tendrá carácter confidencial y únicamente se usará para administrar beneficios. Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para propósitos de definir la elegibilidad.
- Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a informar, deberé hacerlo dentro de los 10 primeros días del mes posterior al mes en que se produzca el cambio.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito donde se expliquen los beneficios. Si se deniegan, cambian, suspenden o interrumpen los beneficios, la notificación por escrito explicará los motivos.
- Entiendo que tendré 30 días (90 días para los beneficios del programa SNAP [cupones para alimentos]) desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada con respecto a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Entiendo que debo utilizar la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (por sus siglas en inglés, EBT) o la tarjeta PA ACCESS, únicamente durante el período en que soy elegible. Debo usar la tarjeta EBT o PA ACCESS únicamente para la persona que es aprobada y sólo puedo recibir los beneficios que sean necesarios y razonables.
- Entiendo que no puedo usar los fondos de TANF emitidos a través de mi tarjeta PA ACCESS para hacer transacciones de EBT en comercios/tiendas de bebidas alcohólicas; casinos (casinos de juego, casas de juego); ni en lugares para entretenimiento de adultos.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número de Seguro Social de ninguna persona que no esté solicitando asistencia. Si proporciono su número de Seguro Social, podrá ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de perjurio (penal).
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tenga una cláusula de condición preexistente, puedo obtener crédito por el período en el que recibí Asistencia Médica.
- Entiendo que si me definen como elegible para Asistencia Médica, se me dará el paquete más integral de atención de salud a mi disposición.
- Si recibo beneficios de asistencia monetaria, cooperaré con los requisitos del programa de cumplimiento de manutención de menores, según lo indique el departamento. Le concedo al departamento y a la Sección de Relaciones Domésticas el derecho a conseguir y cobrar dinero en efectivo y/o ayuda médica para mí y las demás personas para quienes estoy presentando la solicitud.
- Entiendo que si informo y proporciono comprobantes de los gastos del grupo familiar, recibiré el monto máximo permitido de beneficios de SNAP (cupones para alimentos). No informar ni proporcionar comprobantes de los gastos del grupo familiar será considerado como declaración de que no quiere que se le haga deducción de los gastos no informados o no comprobados. (Autoridad: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Servicio de Nutrición y Alimentos, región del Atlántico Medio, Aviso Administrativo 6-99, emitido el 4 de enero de 1999).
- Entiendo que tengo derecho a recibir crédito por los gastos del grupo familiar al momento en que los informe y proporcione los comprobantes correspondientes, en cualquier momento durante el período de mi certificación para el programa SNAP (cupones para alimentos).
- Entiendo que tengo derecho a pedir ayuda a la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) para conseguir comprobantes de los gastos, y que la CAO puede contactar a otras personas para confirmar si estoy teniendo inconvenientes para obtener alguno de los comprobantes.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no califican para atención de salud, podrán ser elegibles para CHIP. De ser así, autorizo al Departamento de Servicios Humanos divulgar mi nombre e información que aparecen en esta solicitud al departamento de seguros o al contratista CHIP.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no califican para atención de salud, podrán ser elegibles para beneficios federales y/o investiguen opciones de atención de salud particular a través del Mercado de Seguro de Salud. De ser así, autorizo al departamento divulgar mi nombre e información que aparecen en esta solicitud al Mercado.
- **Renovación de la cobertura en años futuros:** Para facilitar la determinación de mi derecho para recibir ayuda para la cobertura médica en el futuro, acepto permitir que el Mercado de Seguros Médicos use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado de seguros médicos me enviará una notificación, me permitirá hacer los cambios necesarios y yo podré dejar de participar en cualquier momento.

Sí, acepto que se renueve mi elegibilidad automáticamente en el/los próximo(s) (marque una opción):

- Cinco años (el número máximo de años permitidos)
- Cuatro años
- Tres años
- Dos años
- Un año
- No deseo que se utilice mi información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.



ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។
ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কল করুন (TTY: 711)

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711) मा फोन गर्नुहोस्।



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

