



pennsylvania
DEPARTMENT OF PUBLIC WELFARE

Revisión de beneficios

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 ។



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Puede renovar sus beneficios en línea en: www.compass.state.pa.us

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. Para servicios de TDD, llame al número 1-800-451-5886.

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 asistente social puede eximirlo de los requisitos para atender su caso si la violencia doméstica le impide cumplirlos. A veces las personas no pueden seguir los requerimientos de bienestar sin correr riesgos porque temen que ellos o sus hijos serán abusados si lo hacen. Estos incluyen:

- Cooperación de apoyo
- Límites de tiempo
- Trabajo (REESTABLECER)
- Requerimiento de que los padres adolescentes vivan en la casa
- Otros requerimiento según cada caso
- Verificación

Si necesita que lo excluyan de los requerimientos de bienestar debido a actos de violencia doméstica, comuníquese a su asistente 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 Bienestar Público 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, vivienda, servicios legales** y otros tipos de ayuda.
- Lo ayudan a comprender las reglas para solicitar asistencia de dinero en efectivo, y cómo lo afectan si la solicita. Ciertos requerimientos de TANF pueden ser dispensados 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, vivienda temporaria 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 en efectivo 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 niño menor de seis años y no tiene servicio de guardería, se le necesita en su casa para cuidar a una persona incapacitada, 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.

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

Revisión de beneficios: tenemos que revisar su elegibilidad para recibir beneficios de asistencia monetaria, médica y/o del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (por sus siglas en inglés, SNAP).

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

ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA

Aviso importante para el beneficiario: necesitamos obtener información suya.

1. Escriba claramente en letra de imprenta. Intente completar la mayor cantidad de información posible. Necesitamos la información solicitada en este formulario para poder determinar su elegibilidad continua.
2. Si necesita ayuda, puede obtenerla de otra persona o de su oficina de asistencia del condado (CAO), o puede llamar al Centro de Servicio al Cliente al 1-877-395-8930. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-451-5886.
3. **Firme y coloque la fecha en las páginas 1 y 10 del formulario de revisión de beneficios.**
4. Traiga el formulario a la oficina de asistencia del condado el día y a la hora indicados para su entrevista programada. Si su entrevista va a ser por teléfono, o si no necesita tener una entrevista, envíe el formulario por correo postal a su trabajador social.
5. Puede volver a solicitar el beneficio en línea en: www.compass.state.pa.us.

Es importante que lea los derechos y responsabilidades y que firme en la página 10.

Su información

Proporcione información sobre usted: necesitamos obtener información suya.

Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufixo-Jr./Sr./etc.):

Dirección particular (incluya calle, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4):

Número de teléfono:

Distrito escolar:

Ayuntamiento/subdivisión/municipalidad:

Firme aquí

Cuando firma con su nombre significa que usted está solicitando beneficios. También significa que autoriza a la oficina de asistencia del condado a usar la información proporcionada en esta solicitud para decidir si usted es aprobada para recibir esos beneficios.

X _____

Su firma o la firma de su representante

Fecha

¿Está interesado en otro servicio?

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

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

NO COMPLETAR

SÓLO PARA LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO

WORKER ID	CSLD	RECORD NUMBER	CAT
NAME			
APPOINTMENT DATE/TIME			AM PM
AUTHORIZED		NOT AUTHORIZED	
DATE			
BY			
CAT			
REASON CODE			

Cuéntenos acerca de las personas en su hogar:

Necesitamos recopilar información acerca de todos los que viven en su casa, aunque ellos no estén solicitando el beneficio. **Para solicitantes de cuidado de salud, asegúrese de incluir a todos los que están en su declaración de impuestos federales, aunque no vivan con usted.**

Nota: No necesita presentar una declaración de impuestos para obtener los beneficios.

Persona 1 (Comience con usted mismo)

Por favor escriba toda la información

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-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	¿Tienes un PA ACCESO / tarjeta EBT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Persona 2

Por favor escriba toda la información

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):	¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <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	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿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

Persona 3

Por favor escriba toda la información

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):	¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <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	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿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

Persona 4

Por favor escriba toda la información

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):	¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <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	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿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

Persona 5

Por favor escriba toda la información

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):	¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <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	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿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

Persona 6

Por favor escriba toda la información

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):	¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <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	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿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

Persona 7 **Por favor escriba toda la información**

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona?	<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	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona vive con usted?
¿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 _____				

Persona 8 **Por favor escriba toda la información**

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona?	<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	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona vive con usted?
¿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 _____				

Persona 9 **Por favor escriba toda la información**

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona?	<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	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona vive con usted?
¿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 _____				

Otras preguntas

¿Hay alguna embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	Fecha estimada del parto:	¿Cuántos bebés se esperan?
¿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 estaba en cuidado 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?		
¿El cuidado tutelar terminó a causa de la edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿a qué edad? ¿En qué estado?	Edad:	Estado:
¿Alguien paga por el cuidado de los 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?
¿Alguien debe pagar transporte para ir a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuánto paga por mes?	Cantidad mensual: \$	¿Cómo viaja (autobús, tren, automóvil, subterráneo)?
Si usa su automóvil:	¿Cuántas millas recorre para ir a trabajar y volver?	Millas:	¿Cuántos días a la semana?
			Días:
			¿Cuánto paga por mes por su automóvil?
			Cantidad mensual:

Información sobre impuestos

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

¿Alguien piensa presentar una declaración del impuesto federal sobre los ingresos **EL AÑO QUE VIENE?** Sí No
Si la respuesta es Sí, complete la tabla a continuación.

Liste cada una de las personas que presentarán declaraciones fiscales. Si presenta una declaración conjunta, incluya al cónyuge en el mismo renglón.
Nota: un dependiente puede ser declarada solamente por un declarante de impuestos. Para declarantes conjuntos, solamente necesita listar los dependientes para la persona que firmará el formulario fiscal.

Indique el nombre y apellido de cada persona que piensa presentar una declaración fiscal	¿Esta persona presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí/No	Si la respuesta es sí, indique el nombre y apellido del cónyuge	¿Esta persona declarará dependientes? Sí/No	Si la respuesta es sí, liste los nombres de todos los dependientes

¿Alguien será declarado dependiente en la declaración fiscal de otra persona? Sí No Si la respuesta es Sí, complete la tabla a continuación.

Indique el dependiente o el declarante de impuestos que declarará a dicho dependiente.

Nota: no es necesario que complete esta tabla si la persona que será declarada dependiente ya fue incluida en la lista de dependientes arriba.

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

Deducciones de impuestos

No es necesario que responda estas preguntas si sólo está solicitando beneficios de 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 gatos 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				
Otra (especifique)				

Recursos

No es necesario que responda estas preguntas si solo está solicitando el cuidado de salud y está dentro de una de estas excepciones: embarazo; hijo menor de 21 años; tiene un hijo menor de 21 años a su cargo y que vive con usted; usted no sufre de ninguna discapacidad y tiene menos de 65 años.

Enumere todos los recursos tales como efectivo, vehículos, acciones, bonos, cuentas bancarias, propiedades, seguros de vida, etc. Revise la información impresa a continuación. Si la información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

Nombre del Propietario	Recursos	Valor Actual (\$)	Nombre del banco/Número de Cuenta	Porcentaje de Participación

Ingreso

Incluya sus ingresos tales como salario, trabajo independiente, jubilación, beneficios de Seguridad Social, indemnización laboral/desempleo, manutención, etc.

¿Quién percibe este ingreso?	Tipo de Ingreso/Fuente de ingresos	Frecuencia (semanal, quincenal, mensual, anual)	Promedio de horas trabajadas por semana:	¿Cuál es la cantidad bruta? (Cantidad de los ingresos antes de los impuestos y deducciones)

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 Medicamentos recetados Este plan es (o era) un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)?
 Oftalmología 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 A:
Cobertura de salud de empleo(s).

¿Es un plan de beneficios de empleado estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es cobertura de COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es un plan de salud de jubilados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su trabajo le ofrece cobertura de salud, ¿usted debe (o debería) pagar por su cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted tiene (o tendría) que pagar por la cobertura de su(s) hijo(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es el costo de la cobertura familiar a través del plan de salud grupal de su empleador? <input type="checkbox"/>	¿Cuál es el costo de cubrir a su(s) hijo(s) a través del plan de salud grupal de su empleador? <input type="checkbox"/>	

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su hogar recibe asistencia para vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, ¿lo ordenó un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo? _____
	Si la respuesta es Sí, ¿usted recibe alguna asignación? <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si es así, ¿qué gastos? _____
	¿Cuánto? _____
	¿Con qué frecuencia? _____
	¿A quién? _____

¿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 residuos Instalación de servicios públicos Electricidad
 Petróleo, carbón, madera, queroseno Servicios cloacales Gas Propane Otros _____

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

Alquiler: \$ _____ Cuotas de condominio: \$ _____

Hipoteca: \$ _____ Impuestos sobre la propiedad: \$ _____ El seguro del propietario Inicio: \$ _____

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 retirar 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, audífonos, equipo médico, 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.**

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 un:
		<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 un:
		<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 un:
		<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge

▶ Si está solicitando asistencia en efectivo, debe dar el nombre de los padres de cualquier niño menor y ayudar a la Sección de Relaciones Domésticas (DRS, por su sigla en inglés) a cobrar la manutención por medio de proporcionar la información que necesitan a menos que usted tenga una buena causa. 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.

Consulta de antecedentes penales

No necesita responder estas preguntas si está solicitando solamente cuidado de salud.

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

¿Se le ha expedido a alguien 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 inscrita 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) ser ciudadana 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 MÁS ARRIBA

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

Sus derechos y responsabilidades

Lea la siguiente información sobre sus derechos y responsabilidades:

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

El Departamento de Agricultura de EE. UU. prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo con base en la raza, color, lugar de origen, edad, incapacidad, sexo, identidad sexual, religión, represalia y cuando aplique, creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se derivan de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases de prohibición aplican a todos los programas o actividades de empleo.)

Si desea presentar una queja de discriminación al programa de Derechos Civiles, complete el formulario de Quejas del Programa de Discriminación de USDA, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o una carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse al USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español). Para más información que trate temas del Programa de Ayuda de Nutrición Suplementaria (SNAP, por su sigla en inglés), las personas deben comunicarse a la Línea de Ayuda de USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a las Líneas estatales de ayuda o de información (haga clic en el enlace para obtener una lista de números de ayuda por Estado); que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS, por su sigla 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 o (800) 537-7697 (TTY).

USDA es un proveedor y empleador de oportunidades igualitarias.

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 confinamiento 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 Bienestar Público (por sus siglas en inglés, DPW) para apelar una decisión que usted considere injusta o incorrecta, o si el DPW 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 motivo suficiente. A menos que se establezca una exención porque tiene motivo suficiente, usted deberá cumplir los requisitos de empleo y capacitación. También deberá cumplir los requisitos de reportes semestrales, a menos que se le otorgue motivo suficiente.

DERECHO A RECIBIR UN CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITADA

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 MA. 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 DPW 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 de sucesión. 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, MA 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 la 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 aprobación para recibir los beneficios, usted recibirá una tarjeta PA ACCESS que podrá ser usada solamente por la persona que es aprobada y únicamente durante el período de aprobación. Podrá usar la tarjeta solamente para aquellos servicios que sean necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Si cumple los requerimientos para recibir los beneficios, deberá informar los cambios en su situación particular a su trabajador social o al Centro de Servicio al Cliente a Nivel Estatal. 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 tiene derecho. 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 a Nivel Estatal al 1-877-305-8930, 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 con 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 derecho y continúa a tener derecho 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 que se dan a la fuga y huyen de la justicia.

(iii) Si se presenta un reclamo 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 acciones de cobro de reclamos.

(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 penalidades Lea acerca de sus responsabilidades:

SI ESTO SUCEDE SIN MOTIVO SUFICIENTE		PUEDA PASAR ESTO (PENALIDAD)
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.
	A propósito, brindar 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.
	Canjear, vender o usar 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.
	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.
ASISTENCIA MONETARIA	No cumplir una penalidad impuesta por un tribunal, incluyendo el pago de multas, por un delito grave o infracción menor.	Se cancela su derecho hasta que usted cumpla la penalidad.
	Mentir sobre el lugar donde vive para recibir asistencia monetaria en dos o más estados.	Se cancela su derecho por 10 años.
	Fugarse para evitar acciones legales, arresto o confinamiento 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 por hasta veinte años en el programa SNAP y por hasta 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 motivo suficiente.	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 trabajo del programa de asistencia monetaria, según está expresado en el Acuerdo de Responsabilidad Mutua (por sus siglas en inglés, 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 durante por lo menos 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 durante por lo menos 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 durante por lo menos 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 durante por lo menos una semana. • Tercera vez: indefinidamente.

Entendiendo sus derechos y responsabilidades

Al firmar este formulario:

- Entiendo que el estado de Pennsylvania recibe información de otras agencias estatales y federales para verificar la información que proporcioné. Si distorsiono, oculto u omito hechos que puedan afectar mi aprobación para recibir beneficios, puedo verme obligado a reintegrar dichos beneficios y es posible que se inicien acciones legales en mi contra y que se me cancele la recepción de determinados beneficios en el futuro.
- 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 ingresada en esta solicitud será confidencial y utilizada únicamente para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar 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 falso testimonio.
- 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 de tiempo en el que recibí Asistencia Médica.

- 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 quiero recibir una deducción por los gastos no informados o no probados. (Autoridad: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Servicio de Nutrición y Alimentos, región del Atlántico Medio, Nota administrativa 6-99, emitida 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 reúnen los requisitos para recibir Asistencia Médica, es posible que sean aprobados para el programa CHIP. En ese caso, autorizo al Departamento de Bienestar Público a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al departamento de seguros o al proveedor del programa CHIP.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no cumplen con los requerimientos para participar en el programa de Asistencia Médica, es posible que sean aprobados para recibir beneficios federales o para consultar las opciones de asistencia de salud privada a través del Mercado de seguros médicos. En ese caso, autorizo al departamento a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Mercado de seguros médicos.
- 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 CAO	I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.	
	_____ CAO Signature	_____ Date

ASEGÚRESE DE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD Y DE INCLUIR LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS

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.

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 A.

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? <input type="checkbox"/> 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? _____ <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí. ¿A quiénes?: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente(s) <input type="checkbox"/> No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)		
¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple el estándar de valor mínimo?* <input type="checkbox"/> Sí (vaya a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> El empleador no ofrecerá cobertura de salud <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> 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

El Departamento de Agricultura de EE. UU. prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo con base en la raza, color, lugar de origen, edad, incapacidad, sexo, identidad sexual, religión, represalia y cuando aplique, creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se derivan de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases de prohibición aplican a todos los programas o actividades de empleo.)

Si desea presentar una queja de discriminación al programa de Derechos Civiles, complete el formulario de Quejas del Programa de Discriminación de USDA, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o una carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse al USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español). Para más información que trate temas del Programa de Ayuda de Nutrición Suplementaria (SNAP, por su sigla en inglés), las personas deben comunicarse a la Línea de Ayuda de USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a las Líneas estatales de ayuda o de información (haga clic en el enlace para obtener una lista de números de ayuda por Estado); que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS, por su sigla 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 o (800) 537-7697 (TTY).

USDA es un proveedor y empleador de oportunidades igualitarias.

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 confinamiento 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 Bienestar Público (por sus siglas en inglés, DPW) para apelar una decisión que usted considere injusta o incorrecta, o si el DPW 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 motivo suficiente. A menos que se establezca una exención porque tiene motivo suficiente, usted deberá cumplir los requisitos de empleo y capacitación. También deberá cumplir los requisitos de reportes semestrales, a menos que se le otorgue motivo suficiente.

DERECHO A RECIBIR UN CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITADA

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 MA. 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 DPW 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 de sucesión. 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, MA 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 la 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 aprobación para recibir los beneficios, usted recibirá una tarjeta PA ACCESS que podrá ser usada solamente por la persona que es aprobada y únicamente durante el período de aprobación. Podrá usar la tarjeta solamente para aquellos servicios que sean necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Si cumple los requerimientos para recibir los beneficios, deberá informar los cambios en su situación particular a su trabajador social o al Centro de Servicio al Cliente a Nivel Estatal. 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 tiene derecho. 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 a Nivel Estatal al 1-877-305-8930, 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 derecho y continua a tener derecho 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 que se dan a la fuga y huyen de la justicia.

(iii) Si se presenta un reclamo 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 acciones de cobro de reclamos.

(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 penalidades Lea acerca de sus responsabilidades:

SI ESTO SUCEDE SIN MOTIVO SUFICIENTE		PUEDA PASAR ESTO (PENALIDAD)
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.
	A propósito, brindar 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.
	Canjear, vender o usar 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 penalidad impuesta por un tribunal, incluyendo el pago de multas, por un delito grave o infracción menor.	Se cancela su derecho hasta que usted cumpla la penalidad.
	Mentir sobre el lugar donde vive para recibir asistencia monetaria en dos o más estados.	Se cancela su derecho por 10 años.
Fugarse para evitar acciones legales, arresto o confinamiento 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 por hasta veinte años en el programa SNAP y por hasta 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 motivo suficiente.	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	Deliberadamente, tomar medidas para: <ul style="list-style-type: none"> • Renunciar a un empleo. • Reducir las horas de trabajo a menos de 30 por semana (a menos que otro empleo ya cumpla los requisitos de trabajo). 	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 durante por lo menos 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 durante por lo menos 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 durante por lo menos 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 durante por lo menos una semana. • Tercera vez: indefinidamente.
	No cumplir los requisitos de trabajo del programa de asistencia monetaria, según está expresado en el Acuerdo de Responsabilidad Mutua (por sus siglas en inglés, AMR).	

Entendiendo sus derechos y responsabilidades

Al firmar este formulario:

- Entiendo que el estado de Pennsylvania recibe información de otras agencias estatales y federales para verificar la información que proporcioné. Si distorsiono, oculto u omito hechos que puedan afectar mi aprobación para recibir beneficios, puedo verme obligado a reintegrar dichos beneficios y es posible que se inicien acciones legales en mi contra y que se me cancele la recepción de determinados beneficios en el futuro.
- 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 ingresada en esta solicitud será confidencial y utilizada únicamente para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar 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 falso testimonio.
- 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 de tiempo en el que recibí Asistencia Médica.

- 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 quiero recibir una deducción por los gastos no informados o no probados. (Autoridad: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Servicio de Nutrición y Alimentos, región del Atlántico Medio, Nota administrativa 6-99, emitida 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 reúnen los requisitos para recibir Asistencia Médica, es posible que sean aprobados para el programa CHIP. En ese caso, autorizo al Departamento de Bienestar Público a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al departamento de seguros o al proveedor del programa CHIP.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no cumplen con los requerimientos para participar en el programa de Asistencia Médica, es posible que sean aprobados para recibir beneficios federales o para consultar las opciones de asistencia de salud privada a través del Mercado de seguros médicos. En ese caso, autorizo al departamento a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Mercado de seguros médicos.
- 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.



pennsylvania
DEPARTMENT OF PUBLIC WELFARE