



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 ។

هذا نموذج طلب للحصول على معونة نقدية ومعونة رعاية صحية ومنافع برنامج المعونة الغذائية التكميلية. إذا كنت بحاجة إلى نموذج الطلب هذا بلغة أخرى أو إلى شخص ليترجمه لك، يرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي، وستقدم المساعدة اللغوية لك مجاناً.

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 (RESET)
- 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)

PA CareerLink® - Información Importante

PA CareerLink® 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.

Se recomienda enfáticamente que se registre en PA CareerLink® para comenzar. Se puede registrar en PA CareerLink® en www.pacareerlink.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 5:00 p.m. Hay servicios de dispositivos de tele-comunicación para sordos (TDD) disponibles llamando al Servicio de Retransmisión de Pennsylvania al **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)

What language do you prefer? ¿Qué idioma prefiere usted? English/Inglés Spanish/Español Other/Otro (specify/especifique) _____
Do you need an interpreter? ¿Necesita un intérprete? Yes/Sí No If yes, what language? En caso afirmativo, ¿de qué idioma? _____

¡No más papeles! ¿Desearía recibir sus notificaciones en línea?
Vaya a www.compass.state.pa.us e inscribese 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:

| | | |
|---|-------|-------|
| X | _____ | _____ |
| 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, 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/AAAA): | 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 Asistencia 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 Asistencia 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 Asistencia 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/AAAA): | 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 Asistencia 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 Asistencia 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 Asistencia 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/AAAA): | 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 Asistencia 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 Asistencia 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 Asistencia 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/AAAA): | 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 Asistencia 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 Asistencia 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 Asistencia 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/AAAA): | 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 Asistencia 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 Asistencia 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 Asistencia 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/AAAA): | 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 Asistencia 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 Asistencia 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 Asistencia 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/AAAA): | 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 Asistencia 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 Asistencia 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 Asistencia 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, Asistencia 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) | | | | |



Recursos (también llamados “activos”): No es necesario que conteste estas preguntas si solicita únicamente beneficios SNAP o si solicita atención de salud y cumple una de las excepciones siguientes: embarazo; hijo menor de 21 años; su hijo dependiente menor de 21 años vive con usted; usted no tiene discapacidad y es menor de 65 años.

Proporciónenos información sobre los recursos, tales como:

- Dinero en efectivo
- Cuenta personal o cuenta de ahorros
- Cuenta corriente
- Depósito a plazo fijo
- IRA/401k/participación en beneficios
- Bonos de ahorro de los EE. UU.
- Cuenta de ahorros para Navidad o vacaciones
- Acciones y bonos
- Fondo de fideicomiso
- Embarcación, motonieve, cámper
- Motocicleta, cuatriciclo (ATV)
- Vehículo (coche, furgoneta, camión)

Liste cada recurso por separado:

| Nombre de la persona que tiene el recurso: | Tipo de recurso: | ¿Qué valor tiene? | ¿Dónde está este recurso/número de cuenta? |
|--|------------------|-------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Otras preguntas sobre recursos: No es necesario que conteste estas preguntas si solicita únicamente beneficios SNAP o si solicita atención de salud y cumple una de las excepciones siguientes: embarazo; hijo menor de 21 años; su hijo dependiente menor de 21 años vive con usted; usted no tiene discapacidad y es menor de 65 años.

| | | | | |
|--|--------------------------------|------------|--|--------------------------|
| ¿Alguna de las personas en su hogar está esperando recibir dinero, incluso de un trabajo, de un juicio por accidente, de una herencia o de un fondo de fideicomiso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, ¿quién? | ¿Qué tipo? | ¿Cuándo se espera? | ¿Qué cantidad se espera? |
| ¿Alguien ha vendido, regalado o transferido una vivienda, terreno, propiedad personal o cualquier recurso en los últimos cinco años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, ¿quién? | ¿Qué tipo? | ¿Cuándo? | ¿Cuánto valía? |
| ¿Alguien tiene alguna vivienda o propiedad en la que no vive? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, ¿quién? | | ¿Cuántos vehículos tienen las personas que viven en su hogar? | ▶ |
| ¿Alguien tiene un acuerdo de sepelio con un banco o empresa de servicios funerarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, ¿quién? | | ¿Cuántas parcelas de cementerio tienen las personas que viven en su hogar? | ▶ |
| ¿Alguien tiene una póliza de seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, ¿quién? | | | |



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/lotería

¿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: |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------------|
| | | | | |
| Nombre de la persona con ingresos: | Tipo/Fuente de ingresos: | ¿Qué cantidad recibe? | ¿Con qué frecuencia? | Fecha del pago más reciente: |
| | | | | |
| Nombre de la persona con ingresos: | Tipo/Fuente de ingresos: | ¿Qué cantidad recibe? | ¿Con qué frecuencia? | Fecha del pago más reciente: |
| | | | | |
| Nombre de la persona con ingresos: | Tipo/Fuente de ingresos: | ¿Qué cantidad recibe? | ¿Con qué frecuencia? | Fecha del pago más reciente: |
| | | | | |
| Nombre de la persona con ingresos: | Tipo/Fuente de ingresos: | ¿Qué cantidad recibe? | ¿Con qué frecuencia? | Fecha del pago más reciente: |
| | | | | |
| 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? |
| ¿Es alguien que está en libertad condicional o bajo palabra y <u>no</u> está cumpliendo? | <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? |
| ¿Es alguien que tiene que registrarse como un agresor sexual con condena? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, ¿quién? |
| ¿Es alguien que tiene que registrarse como un agresor sexual con condena y <u>no</u> está cumpliendo con los requisitos de registro? | <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 | Reason for denial: |
| 3. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Are the household liquid resources equal to or less than \$100? | REGISTERED FOR CATEGORIES ▶ | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Is the countable monthly gross income less than \$150? | | | |
| 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 Médica. 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 del Estado se comunican con usted, debe cooperar plenamente con esas personas o investigadores. Si tiene 55 años de edad o más y recibe beneficios de Asistencia Médica 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 Médica 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 Asistencia Médica 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 menor o si existen nuevas fuentes de ingresos o se producen cambios en éstos, y ganancias de lotería y apuestas. 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.

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 Alimentación y Nutrición (en inglés, Food and Nutrition Act) de 2008, según se enmienda en el Título 7 del U.S.C. 2011-2036d. 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 | | PUEDE PASAR ESTO (PENALIZACION) |
|---|---|---|
| TODOS LOS BENEFICIOS SNAP ASISTENCIA MONETARIA ASISTENCIA MÉDICA | 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"> • 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 violación: usted será inelegible durante un mínimo de 30 días o hasta que cese el incumplimiento, lo que dure más. • Segunda violación: usted será inelegible durante un mínimo de 60 días o hasta que cese el incumplimiento, lo que dure más. • Tercera violación: usted quedará permanentemente descalificado. <p>Si el motivo de la sanción se produce dentro de los primeros 24 meses a partir de la recepción de la asistencia en efectivo, ya sea consecutiva o interrumpida, la sanción se aplica únicamente a la persona.</p> <p>Si el motivo de la sanción se produce después de 24 meses de recepción de la asistencia en efectivo, ya sea consecutiva o interrumpida, la sanción se aplica a toda la familia.</p> |



Entendiendo sus derechos y responsabilidades

Al firmar este formulario:

- Entiendo que Pennsylvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos (IEVS), instituciones financieras, informes de consumidores y agencias estatales y federales para verificar la información que proporciono. La información disponible a través del IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y puede ser verificada a través de contacto colateral cuando la agencia estatal encuentre datos contradictorios, y tal información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi familia.
- Entiendo que, al firmar esta solicitud, autorizo a cualquier institución financiera a divulgar, a través de medios electrónicos o cualquier otro medio, toda la información financiera que posee dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o a su agente designado o contratista con la finalidad de identificar y verificar los recursos (también llamados "activos") cuando sea necesario para determinar y redeterminar la elegibilidad para Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información relevante solicitada o recibida de la institución financiera, incluidas otras transacciones realizadas por la institución financiera con respecto a la cuenta o activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que la elegibilidad de Asistencia Médica sea denegada o termine, o si decido revocarla por notificación escrita al departamento, lo que suceda primero. Entiendo que, si revoco esta autorización, esto puede hacer que mi familia o yo dejemos de ser elegibles para Asistencia Médica.
- Entiendo que, si malinterpreto, oculto o retengo hechos que pueden afectar mi elegibilidad para beneficios, se me puede exigir que pague mis beneficios y puedo ser procesado y descalificado de recibir algunos 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 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 mi hogar puede perder los beneficios de SNAP si uno de sus miembros recibe ganancias de la lotería o de juegos de azar iguales o superiores al límite del recursos de SNAP para hogares que tienen una persona de la tercera edad o con una discapacidad.
- 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 usar la tarjeta Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o PA ACCESS únicamente durante el período correspondiente. Debo utilizar la tarjeta EBT o PA ACCESS únicamente para la persona elegible y puedo obtener únicamente los beneficios necesarios y razonables.
- Entiendo que no puedo utilizar los fondos de Asistencia con dinero en efectivo emitidos a través de mi tarjeta PA ACCESS para realizar transacciones EBT en tiendas de licores, casinos (casinos de apuestas, establecimientos de juegos), o lugares de entretenimiento para 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.
- 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 se determina que soy elegible para recibir Asistencia Médica, será colocado en el paquete de beneficios de atención médica más completo disponible para mí. Entiendo que se me puede requerir que me inscriba en un plan de salud. Entiendo que la inscripción en un plan de salud puede ser gratuita o de bajo costo para mí, porque el Departamento paga una cuota mensual al plan de salud por mí. Entiendo que la cuota mensual es una cuota de capitación. Entiendo que, si recibo Asistencia Médica para la cual no soy elegible, debido a un error, fraude o cualquier otro motivo, entonces se me puede requerir que pague al Departamento todas las cuotas mensuales pagadas en mi nombre.
- 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 Asistencia Médica, 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 Asistencia Médica, 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.

Si, 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

IMPORTANTE: Si su hogar es elegible para SNAP/LIHEAP, usted puede recibir un formulario de consentimiento Fast Track por correo postal, el cual podrá permitir que usted y los miembros de su hogar se inscriban automáticamente en Asistencia Médica.

| 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

El Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) de Pennsylvania cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El DHS no excluye a personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, identidad o expresión de género, u orientación sexual.

EL DHS PROPORCIONA LO SIGUIENTE:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de forma efectiva, tales como:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, pónganse en contacto con su oficina de asistencia local del condado.

Si cree que el DHS no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, o llamar al (717) 787-1127, servicios de retransmisión de PA: 711, fax: (717) 772-4366, o puede escribir un correo electrónico a RA-PWBEOAO@pa.gov. Usted puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, la Oficina de Igualdad de Oportunidades (The Bureau of Equal Opportunity) está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>), puede también hacerlo por correo postal o por teléfono:

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)

Los Formularios de quejas se encuentran disponibles en <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. No es necesario completar este Anexo si solo solicita beneficios de SNAP.

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 (vaya a la siguiente pregunta)

¿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 Médica. 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 del Estado se comunican con usted, debe cooperar plenamente con esas personas o investigadores. Si tiene 55 años de edad o más y recibe beneficios de Asistencia Médica 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 Médica 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 Asistencia Médica 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 menor o si existen nuevas fuentes de ingresos o se producen cambios en éstos, y ganancias de lotería y apuestas. 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.

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 Alimentación y Nutrición (en inglés, Food and Nutrition Act) de 2008, según se enmienda en el Título 7 del U.S.C. 2011-2036d. 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 | | PUEDE PASAR ESTO (PENALIZACION) |
|---|---|--|
| TODOS LOS BENEFICIOS SNAP ASISTENCIA MONETARIA ASISTENCIA MÉDICA | 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"> 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 violación: usted será inelegible durante un mínimo de 30 días o hasta que cese el incumplimiento, lo que dure más. Segunda violación: usted será inelegible durante un mínimo de 60 días o hasta que cese el incumplimiento, lo que dure más. Tercera violación: usted quedará permanentemente descalificado. |
| | | Si el motivo de la sanción se produce dentro de los primeros 24 meses a partir de la recepción de la asistencia en efectivo, ya sea consecutiva o interrumpida, la sanción se aplica únicamente a la persona. Si el motivo de la sanción se produce después de 24 meses de recepción de la asistencia en efectivo, ya sea consecutiva o interrumpida, la sanción se aplica a toda la familia. |



Entendiendo sus derechos y responsabilidades

Al firmar este formulario:

- Entiendo que Pennsylvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos (IEVS), instituciones financieras, informes de consumidores y agencias estatales y federales para verificar la información que proporciono. La información disponible a través del IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y puede ser verificada a través de contacto colateral cuando la agencia estatal encuentre datos contradictorios, y tal información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi familia.
- Entiendo que, al firmar esta solicitud, autorizo a cualquier institución financiera a divulgar, a través de medios electrónicos o cualquier otro medio, toda la información financiera que posee dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o a su agente designado o contratista con la finalidad de identificar y verificar los recursos (también llamados "activos") cuando sea necesario para determinar y redeterminar la elegibilidad para Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información relevante solicitada o recibida de la institución financiera, incluidas otras transacciones realizadas por la institución financiera con respecto a la cuenta o activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que la elegibilidad de Asistencia Médica sea denegada o termine, o si decido revocarla por notificación escrita al departamento, lo que suceda primero. Entiendo que, si revoco esta autorización, esto puede hacer que mi familia o yo dejemos de ser elegibles para Asistencia Médica.
- Entiendo que, si malinterpreto, oculto o retengo hechos que pueden afectar mi elegibilidad para beneficios, se me puede exigir que pague mis beneficios y puedo ser procesado y descalificado de recibir algunos 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 que declaro en esta 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 mi hogar puede perder los beneficios de SNAP si uno de sus miembros recibe ganancias de la lotería o de juegos de azar iguales o superiores al límite del recursos de SNAP para hogares que tienen una persona de la tercera edad o con una discapacidad.
- 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 usar la tarjeta Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o PA ACCESS únicamente durante el período correspondiente. Debo utilizar la tarjeta EBT o PA ACCESS únicamente para la persona elegible y puedo obtener únicamente los beneficios necesarios y razonables.
- Entiendo que no puedo utilizar los fondos de Asistencia con dinero en efectivo emitidos a través de mi tarjeta PA ACCESS para realizar transacciones EBT en tiendas de licores, casinos (casinos de apuestas, establecimientos de juegos), o lugares de entretenimiento para 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.

- 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 se determina que soy elegible para recibir Asistencia Médica, será colocado en el paquete de beneficios de atención médica más completo disponible para mí. Entiendo que se me puede requerir que me inscriba en un plan de salud. Entiendo que la inscripción en un plan de salud puede ser gratuita o de bajo costo para mí, porque el Departamento paga una cuota mensual al plan de salud por mí. Entiendo que la cuota mensual es una cuota de capitación. Entiendo que, si recibo Asistencia Médica para la cual no soy elegible, debido a un error, fraude o cualquier otro motivo, entonces se me puede requerir que pague al Departamento todas las cuotas mensuales pagadas en mi nombre.
- 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 Asistencia Médica, 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 Asistencia Médica, 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.



NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE DE QUÉ FORMA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE POR FAVOR.

This notice contains important information about the privacy of your medical information. If you need this notice in another language or someone to interpret, please contact your local County Assistance Office. Language assistance will be provided free of charge.

Este aviso contiene información importante acerca de la privacidad de su información médica. Si necesita este aviso en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la Oficina de Asistencia de su Condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Данное уведомление содержит важные сведения относительно конфиденциальности вашей медицинской информации. Если вам нужно данное уведомление на другом языке или вам нужны услуги устного переводчика, обращайтесь в Бюро помощи вашего округа (County Assistance Office). Переводческие услуги предоставляются бесплатно.

此通知包括关于您的医疗信息的个人隐私方面的重要资料。如果您需要此通知译成其它语言或需要有人替您翻译，请联系您所在地区的郡县援助办事处。可提供免费语言协助。

Thông báo này gồm những thông tin quan trọng về việc bảo mật các chi tiết y tế cá nhân của quý vị. Nếu cần có thông báo này bằng một ngôn ngữ khác hay người để thông dịch, xin quý vị liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Địa Phương. Trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

សំបុត្រនេះមានព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីការរក្សាទុកព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់លោកអ្នក។ បើលោកអ្នកត្រូវការសំបុត្រនេះ ជាភាសាផ្សេងទៀត ឬត្រូវការអ្នកណាម្នាក់ជួយបកប្រែ សូមទាក់ទងការិយាល័យដ៏ល្អបំផុតរបស់លោកអ្នក។ ឥតគិតថ្លៃ។ ភាសាទីបីផ្តល់អោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

يحتوي هذا الإخطار على معلومات هامة حول خصوصية المعلومات الطبية المتعلقة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الإخطار بلغة أخرى أو إلى شخص ما لترجمته لك، فيرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي. وستقدم المساعدة اللغوية مجاناً.

El Departamento de Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, DHS) brinda y paga por muchos tipos de beneficios y servicios sociales. También nos encargamos de determinar la elegibilidad de las personas para recibir dichos beneficios y servicios. Para poder hacerlo, debemos recabar información médica y personal sobre usted y/o su familia. La información que obtenemos sobre usted y/o su familia es privada. A esta información la denominamos “información de salud protegida”.

El DHS no utiliza ni divulga la información de salud protegida a menos que esté permitido por ley o sea exigido por ley. Por ley, el DHS debe resguardar la privacidad de la información de salud protegida, debe notificar a las personas sobre sus obligaciones legales y las prácticas de privacidad relativas a la información de salud protegida y debe notificar a las personas afectadas en caso de violación de la confidencialidad de la información no segura de salud protegida. Como entidad regulada por esta ley, el DHS debe cumplir las leyes aplicables sobre la protección de la privacidad de su información de salud protegida, lo que incluye las normas de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (en inglés, Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA). Según la Ley HIPAA, las agencias de Medicaid, ciertos planes de salud y proveedores de atención de salud son ejemplos de entidades reguladas que deben cumplir la Ley HIPAA. Las demás leyes que podrían aplicarse incluyen normas relativas a información confidencial sobre Asistencia Médica, otros beneficios, salud conductual, tratamiento/abuso de sustancias y VIH/SIDA. Cuando usamos o divulgamos la información de salud protegida, hacemos todos los esfuerzos razonables posibles para limitar su uso o divulgación al mínimo necesario para cumplir el fin que corresponda. Esta notificación explica su derecho a la privacidad de su información de salud protegida y cómo podemos utilizar y divulgar dicha información. Para mayor información sobre las prácticas de privacidad del DHS o para recibir otra copia de esta notificación, comuníquese con nosotros. Para información de contacto, consulte la sección “Preguntas o quejas” en la última página de esta notificación.

Por ley estamos obligados a cumplir los términos de esta notificación. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación y de aplicar las nuevas disposiciones de la notificación a toda la información de salud protegida que mantenemos. Si realizamos algún cambio importante a nuestras políticas o procedimientos de privacidad, publicaremos una copia actualizada de la notificación en nuestro sitio web y/o le proporcionaremos una nueva notificación de privacidad por correo o personalmente. Usted puede solicitar y recibir una copia impresa de esta notificación en cualquier momento.

¿Qué es la información de salud protegida?

La información de salud protegida es información sobre usted relacionada con una enfermedad o condición de salud física o mental, presente o futura, o sobre tratamientos o pagos por tratamientos, y que puede ser utilizada para identificarlo. Esta información incluye cualquier tipo de información, ya sea verbal o grabada en cualquier medio, que es creada o recibida por el DHS o por personas u organizaciones que tienen contrato con el DHS. Incluye información en formato electrónico y en cualquier otro formato o medio que puede identificarlo a usted, como por ejemplo:

- Su nombre (o nombres de sus hijos)
- Dirección
- Fecha de nacimiento
- Fecha de ingreso/alta
- Código de diagnóstico

- Número de teléfono
- Número de caso del DHS
- Número de Seguro Social
- Código del procedimiento médico



¿Quién puede ver y con quién se comparte mi información de salud?

Los profesionales del DHS, tales como los trabajadores sociales y personal de las oficinas de asistencia del condado y de los programas; y personas que trabajan fuera del DHS, tales como contratistas, personal de una organización de cuidado de la salud (Health Maintenance Organization – HMO), enfermeras, médicos, terapeutas, trabajadores sociales y administradores, pueden ver y utilizar su información de salud para determinar su elegibilidad para recibir beneficios, tratamientos, pagos o por otras razones permitidas o necesarias. Compartir su información de salud puede estar relacionado con servicios y beneficios que tuvo anteriormente, que recibe actualmente o que puede recibir en el futuro. El DHS no usará ni compartirá su información genética al decidir si usted es elegible para recibir Medicaid.

¿Por qué el DHS utiliza y divulga mi información de salud protegida?

Hay distintas razones por las cuales podemos usar o divulgar su información de salud protegida. La ley establece que podemos utilizar o divulgar información sin su consentimiento o autorización por las razones que se describen a continuación.

Para realizar tratamientos: podemos utilizar o divulgar información para que usted pueda recibir tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, podemos dar información que su médico, hospital o terapeuta necesitan saber para brindarle atención médica de calidad y para coordinar su tratamiento con otros profesionales o especialistas que también le brindan asistencia médica.

Para pagos: podemos utilizar o dar información para pagar sus gastos de tratamientos y otros servicios médicos. Por ejemplo, podemos intercambiar información con su médico, hospital, hogar para personas mayores, y con otras agencias del gobierno para pagar las facturas por su tratamiento y servicios.

Para la gestión de nuestros programas: podemos utilizar o divulgar información durante el cumplimiento habitual de nuestras funciones al administrar los distintos programas. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para comunicarnos con usted y proporcionar información sobre citas, información relativa a la salud, beneficios y servicios. También podemos analizar la información que recibimos de parte de su médico, hospital, hogar para personas mayores y otros proveedores de salud, para verificar cómo funcionan nuestros programas o para revisar la necesidad y calidad de los servicios de cuidado de la salud proporcionados a usted y/o su familia.

Para actividades de salud pública: proporcionamos información de salud pública a otras agencias del gobierno en relación con temas tales como enfermedades contagiosas, información sobre inmunización y seguimiento de ciertas enfermedades como el cáncer.

Para fines de aplicación de la ley y según lo requerido por procedimientos legales: divulgamos información a la policía y a otros agentes de la ley, según sea requerido por orden judicial.

Para programas del gobierno: podemos proporcionar información a un proveedor, una agencia del gobierno u otra organización que necesita saber si usted está inscrito en uno de nuestros programas o si recibe beneficios bajo otros programas tales como el Programa de Compensación a Trabajadores.

Por cuestiones de seguridad nacional: podemos proporcionar información solicitada por el gobierno federal cuando investigan algo importante para proteger a nuestro país.

Para proteger la seguridad y salud públicas: podemos divulgar información para prevenir amenazas graves a la salud o seguridad de una persona o del público en general.

Para investigaciones: podemos divulgar información con fines de investigación permitidos y para crear informes. Dichos informes no identifican a personas específicas.

Para jueces de instrucción, directores de empresas de servicios funerarios y donaciones de órganos: podemos proporcionar información a un juez de instrucción o a un médico forense con fines de identificación, determinación de causa de muerte, donación de órganos y otros motivos relacionados. También podemos divulgar información a directores de empresas de servicios funerarios para llevar a cabo tareas relativas a sepelios.

Por otros motivos exigidos por ley: el DHS podrá usar o divulgar su información de salud protegida en la medida que el uso o divulgación sea exigido por ley. El uso o divulgación se realiza en cumplimiento de la ley y se limita a los requisitos exigidos por ley.

¿Hay otras leyes que también protegen ciertos aspectos de mi información de salud?

El DHS también cumple otras leyes federales y estatales que brindan protección de privacidad adicional para el uso y divulgación de su información. Por ejemplo, si tenemos información sobre VIH o sobre abuso de sustancias, salvo unas pocas excepciones, no podemos proporcionarla sin el permiso especial por escrito y firmado de acuerdo a lo que estipula la ley. En algunos casos, la ley también nos exige obtener un permiso por escrito antes de usar o divulgar información relativa a la salud mental o discapacidades intelectuales y otras informaciones específicas.



¿Puedo pedir al DHS que utilice o divulgue mi información de salud?

A veces, es posible que usted necesite o quiera que su información de salud protegida sea enviada o de otra manera divulgada a alguna persona o a algún lugar por otras razones que no sean el tratamiento, pago, administración de nuestros programas o por otro motivo permitido o necesario que no requiera de su autorización escrita. En esos casos, podríamos pedirle que firme un formulario de autorización, para permitirnos enviar o de otra manera divulgar su información de atención de salud protegida, como usted lo solicita.

El formulario de autorización nos dice qué información enviaremos o divulgaremos de otra manera, a dónde y a quién. Usted puede revocar su autorización o limitar la cantidad de información que se divulgará en cualquier momento, informándonos por escrito sobre su decisión, excepto por las medidas que el DHS ya haya tomado al respecto de conformidad con dicha autorización.

Si usted es menor de 18 años de edad y por ley puede dar consentimiento sobre su propia atención médica, entonces tendrá el control de dicha información de salud. También puede hacer que su información de salud sea enviada a la o las personas que le están ayudando con su atención médica.

Salvo como se describe en la presente notificación, no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización escrita. Por ejemplo, la Ley HIPAA por lo general exige que se obtenga una autorización escrita antes de que una entidad regulada por dicha ley pueda usar o divulgar las notas de las sesiones de psicoterapia de una persona. En la mayoría de los casos, la Ley HIPAA también exige que se obtenga una autorización escrita antes de que una entidad amparada pueda usar o divulgar la información de salud protegida para fines de mercadeo o antes de venderla.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información de salud?

Como cliente del DHS, usted tiene los siguientes derechos sobre la información de salud protegida que podemos utilizar y divulgar:

Derecho a ver y tener una copia de su información de salud: tiene el derecho de ver la mayor parte de su información de salud protegida y a recibir una copia de dicha información. Si desea tener copias de la información que tiene derecho a ver, es posible que se le cobre un cargo mínimo. Sin embargo, generalmente no podrá ver o recibir una copia de: (1) las notas de sesiones de psicoterapia o (2) la información que no se le puede proporcionar por ley federal.

Si denegamos su pedido de información de salud protegida, le proporcionaremos una explicación por escrito sobre dicha denegación y sus derechos respecto a la misma.

El DHS no recibe ni mantiene un registro de toda su información de salud protegida. Los médicos, hospitales, hogares para personas mayores y otros proveedores del cuidado de la salud (incluida una HMO si está inscrito en alguna) también pueden tener su información de salud protegida. Usted también tiene derecho a ver su información de salud a través de su médico u otro proveedor que tenga dichos registros.

Derecho a corregir o agregar información: si usted considera que parte de la información de salud protegida que tenemos es incorrecta, puede solicitarnos por escrito que corrijamos o agreguemos nueva información. Puede pedirnos que enviemos la información nueva o corregida a otras personas a quienes hayamos enviado su información de salud. En algunos casos, podemos denegar su solicitud para corregir o agregar información. Si denegamos su pedido, le proporcionaremos una explicación por escrito de los motivos por los cuales lo hicimos. También le explicaremos qué puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Derecho a recibir una lista de distribución: usted tiene el derecho a recibir una lista de los lugares donde su información de salud protegida ha sido enviada, a menos que fuese enviada por motivos relativos a un tratamiento, pagos, administración de nuestros programas o si la ley establece que no estamos obligados a agregar la información de distribución a la lista. Por ejemplo, no estamos obligados por ley a agregar a la lista ninguna divulgación que podamos haber hecho a usted, su familia o personas involucradas en su atención, a otras personas a quien usted nos autorizó a divulgar la información, ni la información divulgada antes del 14 de abril de 2003.

Derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación: usted tiene derecho a solicitarnos restringir el uso y divulgación de su información de salud protegida. Es posible que no podamos cumplir su solicitud. De hecho, en algunos casos, no se nos permite restringir el uso o divulgación de la información. Si no podemos cumplir su solicitud, le informaremos por qué. Excepto cuando sea exigido por ley, debemos conceder su solicitud de restricción de divulgación a un plan de salud, si el propósito de la divulgación no es por tratamiento y los servicios médicos a los cuales se aplica la solicitud han sido pagados en su totalidad como desembolso personal.

Derecho a solicitar comunicación confidencial: nos puede solicitar que nos comuniquemos con usted de determinada forma o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted únicamente por correo.

Derecho a recibir una notificación en caso de violación de la confidencialidad: usted tiene el derecho a ser notificado en caso de violación de la confidencialidad de su información no segura de salud protegida.



¿A quién debo contactar por consultas sobre mis derechos o sobre esta notificación?

Puede comunicarse con la línea directa gratuita del DHS HIPAA al 800-692-7462 si tiene preguntas o consultas sobre sus derechos o sobre esta notificación. También puede comunicarse con su asistente social o proveedor de servicios de salud, o escribir a la Oficina de Privacidad del DHS a: Privacy Office, 3rd Floor West, Health and Welfare Building, 7th and Forster Streets, Harrisburg, PA 17120.

Puede recibir información importante o actualizaciones de esta notificación a través del sitio web del DHS en: www.dhs.pa.gov.

¿Cómo presento una queja?

Si desea presentar una queja sobre la forma en que el DHS ha utilizado o divulgado su información, puede comunicarse con cualquiera de las oficinas que se indican abajo. No hay ninguna penalización por presentar una queja. Sus beneficios no se verán afectados ni cambiarán si usted presenta una queja. El DHS y sus empleados y contratistas no pueden tomar ni tomarán ningún tipo de represalia contra usted por presentar una queja.

PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES PRIVACY OFFICE
3RD FLOOR WEST, HEALTH AND WELFARE BUILDING
7TH AND FORSTER STREETS
HARRISBURG, PA 17120

REGION III
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
OFFICE FOR CIVIL RIGHTS
150 S. INDEPENDENCE MALL WEST - SUITE 372
PHILADELPHIA, PA 19106-9111

Vigente a partir de: Abril de 2003 – Actualizada el 28 de Julio de 2015



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES



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 គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។
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

