

REVISIÓN DE LOS BENEFICIOS

ESTADO DE PENNSYLVANIA

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO

- Tenemos que revisar si aún califica para recibir beneficios en efectivo, médicos y/o de cupones de alimentos.
- Para continuar recibiendo beneficios sin retrasos, complete todo el formulario y firme la página 8, luego:
 - Traiga el formulario completado a su entrevista
 - Consulte las instrucciones adjuntas para una entrevista telefónica
- Si quiere agregar a otra persona, llame a su asistente social.

AVISO IMPORTANTE AL BENEFICIARIO

Complete los siguientes pasos para usar el formulario de revisión de los beneficios.

1. Complete el formulario a su mejor saber y entender. Si necesita ayuda, otra persona puede ayudarle o puede obtener ayuda de su Oficina de Asistencia del Condado.
2. Firme y feche el formulario de revisión de beneficios.
3. Tráigalo a la Oficina de Asistencia del Condado en la fecha y a la hora de su entrevista. Si la entrevista será por teléfono, envíe el formulario con cualquier verificación solicitada a su asistente social.

INSTRUCCIONES

Escriba con letra legible. Proporcione toda la información que pueda. La información solicitada en este formulario es necesaria para determinar si continúa cumpliendo con todos los requisitos.

Es importante que lea los Derechos y obligaciones en la página 7 y la Declaración jurada de la página 8.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL 2º NOMBRE	
DIRECCIÓN					
CIUDAD			CALLE	CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO	DISTRITO ESCOLAR		MUNICIPIO		

OTROS PROGRAMAS

SI LE GUSTARÍA SABER MÁS SOBRE OTROS PROGRAMAS PARA USTED Y SUS HIJOS, MARQUE LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN.

- ASISTENCIA PARA VIVIENDA
- BANCOS DE COMIDA
- VACUNAS
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR/CONTROL DE LA NATALIDAD
- ASISTENCIA CON ENERGÍA
- PROGRAMA DE NUTRICIÓN PARA MUJERES, BEBÉS Y NIÑOS (WIC)
- CLÍNICA PARA BEBÉS SANOS
- HEAD START (niños de 3 a 6 años)
- GUARDERÍA INFANTIL
- SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
- COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO
- INGRESO DE SEGURIDAD SUPLEMENTAL (SSI)

NO ESCRIBA AQUÍ

Para uso de la oficina de asistencia del condado

WORKER I.D.	CASELOAD	RECORD NUMBER	CAT
NAME		APPOINTMENT DATE/TIME	
AUTHORIZED		NOT AUTHORIZED	
DATE			
BY			
CAT			
REASON CODE			

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA

PRIMERO APUNTE SU NOMBRE, LUEGO A TODOS LOS QUE VIVEN CON USTED

OFFICE USE LINE NO.	ESCRIBA SU NOMBRE PRIMERO			HIJO/PADRE, I, II	¿SOLICITA EN NOMBRE DE ESTA PERSONA?		FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NO. HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA	ANOTE TODOS LOS INGRESOS LABORALES Y NO LABORALES		¿TIENE ESTA PERSONA TARJETA PA ACCESS?		
	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL 2º		SÍ	NO	MES	DÍA	AÑO	M	F			INGRESO MENSUAL BRUTO	FUENTE DEL INGRESO	SÍ	NO	

EXPLIQUE TODOS LOS CAMBIOS DESDE SU ÚLTIMA ENTREVISTA

DESCRIBA LOS CAMBIOS

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	CAMBIOS DE INGRESOS	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	CAMBIOS DE RECURSOS	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	CAMBIOS EN LA UNIDAD FAMILIAR	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	ARREGLOS/CAMBIOS DE CUIDADO INFANTIL	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	OTROS CAMBIOS	

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) ser 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 inscripción para votar, podemos ayudarlo. 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 de rechazar la inscripción para votar; su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe, o para solicitar la inscripción para votar; o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA)

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

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

HIPP

- | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | NO | - Si trabaja, ofrecen seguro médico para usted o para algún miembro de su familia? |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | NO | - ¿Usted (o alguien de la familia) perdió en los últimos días un trabajo en el que tenía seguro médico? |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | NO | - ¿Hay alguien en su familia que está embarazada? |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | NO | - ¿Alguien de su casa está discapacitado, gravemente enfermo o necesita atención médica especial o ayuda para superar un problema de alcohol o drogas?
Si su respuesta es afirmativa, proporcione información a continuación. |

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTÁ ENFERMA O DISCAPACITADA	DESCRIBA LA ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	FECHA PREVISTA DEL PARTO

¿EN DÓNDE RECIBE ATENCIÓN MÉDICA SU FAMILIA?	NOMBRE DEL MÉDICO O CLÍNICA	DIRECCIÓN
▶		

SÍ NO ¿Tiene seguro médico o alguien más tiene seguro médico para usted? Si la respuesta es afirmativa, anote cada póliza a continuación:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA	NÚM. DE CONTRATO/PÓLIZA	NOMBRE /NÚM. DEL GRUPO	NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚM.- DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	¿QUIÉN TIENE COBERTURA?

RESC

ANOTE TODOS LOS RECURSOS COMO EFECTIVO, VEHÍCULOS, ACCIONES, BONOS, CUENTAS BANCARIAS, PROPIEDADES, ETC.

NOMBRE DEL PROPIETARIO (apellido, nombre, inicial)	VALOR	RECURSO / NO. CUENTA	VALOR	NOMBRE DEL PROPIETARIO (apellido, nombre, inicial)	VALOR	RECURSO / NO. CUENTA
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

EXPE

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

SÍ NO ¿USTED O ALGUIEN MÁS DE SU CASA ES RESPONSABLE DE LOS COSTOS Y GASTOS DE CALEFACCIÓN/ENFRIAMIENTO?

SÍ NO ¿HA RECIBIDO ASISTENCIA PARA EL PAGO DE ENERGÍA DESDE EL 1º DE OCT?

SÍ NO ¿COMPARTE LOS GASTOS? SI LOS COMPARTE, ¿CON QUIÉN? _____ ANOTE LOS GASTOS COM- PARTIDOS Y LA CANTIDAD QUE USTED APORTA _____

¿CUÁNTO GASTA MENSUALMENTE EN GASTOS MÉDICOS PARA ALGUIEN MAYOR DE 60 AÑOS O DISCAPACITADO? ►

SHEL

ANOTE ABAJO LOS GASTOS DE SU UNIDAD FAMILIAR

GASTOS	CUÁNTO	FRECUENCIA	GASTOS	CUÁNTO	FRECUENCIA	GASTOS	CUÁNTO	FRECUENCIA
RENTA O HIPOTECA	\$		ELECTRICIDAD	\$		ALCANTARILLADO	\$	
IMPUESTOS SOBRE LA PROPIEDAD	\$		GAS	\$		BASURA	\$	
SEGURO DEL HOGAR	\$		COMBUSTIBLE/ CARBÓN/LEÑA	\$		INSTALACIÓN DE SERVICIOS	\$	
TELÉFONO	\$		AGUA	\$		OTROS GASTOS COMO RENTA DE LOTE, KEROSENO, ETC.	\$	

SÍ NO ¿Hay alguien que no vive en su hogar que paga algunos de los gastos? Si lo hay ¿qué paga? ¿Cuánto? ¿A quién?

¿HAY ALGUIEN EN SU HOGAR QUE ESTÁ TRABAJANDO, BUSCANDO TRABAJO O ESTUDIANDO O EN CAPACITACIÓN QUE PAGA GASTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE UN NIÑO O ADULTO DISCAPACITADO EN SU HOGAR? ► SÍ NO

¿CUÁNTO GASTA EN SU TRANSPORTACIÓN AL TRABAJO? ► CANTIDAD MENSUAL ¿QUÉ TRANSPORTACIÓN UTILIZA? (autobús, tren, automóvil, subterráneo)? ►

SI USA SU AUTOMÓVIL, ¿CUÁNTAS MILLAS RECORRE DE IDA Y VUELTA AL TRABAJO? ► MILLAS ¿CUÁNTOS DÍAS A LA SEMANA? ►

¿USTED U OTRO MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR PAGA MANUTENCIÓN A UNA PERSONA QUE NO VIVE CON USTED? SI ES AFIRMATIVO, ¿ES VOLUNTARIA O POR ORDEN JUDICIAL? ► VOLUNTARIA ORDEN JUDICIAL SÍ NO

USE ESTA PÁGINA PARA PADRES Y/O CÓNYUGE QUE NO VIVEN EN SU CASA.

ABS REL

SÍ NO ¿Un menor de 21 años de edad, soltero nombrado tiene un padre o madre que no vive con ustedes o falleció?

SÍ NO ¿Alguna de las personas nombradas tiene un cónyuge que no vive con ustedes o que falleció?

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

1

NOMBRE DEL PARIENTE (apellido, nombre, inicial)		✓ SI FALLECIÓ	SEXO	RAZA	FECHA NACIM (MM/DD/AA)	No. DE SEGURO SOCIAL	¿QUÉ PARENTESCO TIENE CON USTED?
DIRECCIÓN (calle, ciudad, estado)		CÓDIGO POSTAL		NÚMERO DE TELÉFONO			
NOMBRE DEL EMPLEADOR (actual o más reciente) DEL PARIENTE			DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (calle, ciudad, estado)		CÓDIGO POSTAL		NÚMERO DE TELÉFONO
PERSONAS NOMBRADAS EN LA PÁG 2 QUE ESTÁN A CARGO DE ESTA PERSONA			SI EL PARIENTE TIENE SEGURO MÉDICO PARA ESTOS DEPENDIENTES, COMPLETE EL No. DE PÓLIZA Y ASEGURADORA				
			N.º DE PÓLIZA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA			
SI ESTE PARIENTE PAGA MANUTENCIÓN O SI DEBERÍA ESTAR PAGANDO MANUTENCIÓN, COMPLETE LO SIGUIENTE:							
PARA MANUTENCIÓN VOLUNTARIA	CUÁNTO \$	FRECUENCIA		FECHA DEL PAGO MÁS RECIENTE (MM/DD/AA)		A QUIÉN LE PAGÓ	
PARA MANUTENCIÓN POR ORDEN JUDICIAL	No. DE ORDEN JUDICIAL	CANTIDAD \$	FRECUENCIA DEL PAGO	FECHA DE LA ORDEN (MM/DD/AA)	¿CUÁLES SON LOS TÉRMINOS ESPECIALES, SI LOS HAY?		NOMBRE DEL TRIBUNAL

2

NOMBRE DEL PARIENTE (apellido, nombre, inicial)		✓ SI FALLECIÓ	SEXO	RAZA	FECHA NACIM (MM/DD/AA)	No. DE SEGURO SOCIAL	¿QUÉ PARENTESCO TIENE CON USTED?
DIRECCIÓN (calle, ciudad, estado)		CÓDIGO POSTAL		NÚMERO DE TELÉFONO			
NOMBRE DEL EMPLEADOR (actual o más reciente) DEL PARIENTE			DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (calle, ciudad, estado)		CÓDIGO POSTAL		NÚMERO DE TELÉFONO
PERSONAS NOMBRADAS EN LA PÁG 2 QUE ESTÁN A CARGO DE ESTA PERSONA			SI EL PARIENTE TIENE SEGURO MÉDICO PARA ESTOS DEPENDIENTES, COMPLETE EL No. DE PÓLIZA Y ASEGURADORA				
			N.º DE PÓLIZA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA			
SI ESTE PARIENTE PAGA MANUTENCIÓN O SI DEBERÍA ESTAR PAGANDO MANUTENCIÓN, COMPLETE LO SIGUIENTE:							
PARA MANUTENCIÓN VOLUNTARIA	CUÁNTO \$	FRECUENCIA		FECHA DEL PAGO MÁS RECIENTE (MM/DD/AA)		A QUIÉN LE PAGÓ	
PARA MANUTENCIÓN POR ORDEN JUDICIAL	No. DE ORDEN JUDICIAL	CANTIDAD \$	FRECUENCIA DEL PAGO	FECHA DE LA ORDEN (MM/DD/AA)	¿CUÁLES SON LOS TÉRMINOS ESPECIALES, SI LOS HAY?		NOMBRE DEL TRIBUNAL

PREGUNTAS SOBRE ANTECEDENTES PENALES

Conteste las siguientes preguntas sobre usted y sobre cualquier otra persona en cuyo nombre esté presentando la solicitud. Si responde "sí" a una pregunta, nombre a los miembros de la unidad familiar a quienes les corresponde la respuesta.

1. SÍ NO ¿Usted o alguien para quien solicita ha recibido un citatorio o una orden de comparecer como acusado en un proceso penal? Si es afirmativo, ¿quién? _____
2. SÍ NO ¿Usted o alguien para quien solicita debe multas, costos o indemnización por un delito mayor o menor? Si es afirmativo, ¿quién? _____
3. SÍ NO ¿Usted o alguien para quien solicita ha sido declarado culpable de fraude de asistencia social? Si es afirmativo, ¿quién? _____
4. SÍ NO ¿Usted o alguien para quien solicita actualmente está en libertad condicional o bajo palabra? Si es afirmativo, ¿quién? _____
5. SÍ NO ¿Usted o alguien para quien solicita actualmente es fugitivo de la ley? Si es afirmativo, ¿quién? _____

SEGURIDAD FAMILIAR Información sobre sus beneficios y la violencia doméstica

La violencia doméstica es cuando una persona allegada lastima a otra física, sexual o emocionalmente, lo cual incluye:

- Lastimar físicamente a usted o a sus hijos
- Amenazas o tratar de lastimar a usted, a sus hijos o su propiedad
- Forzarla(o) a tener sexo
- Abusar sexualmente de sus hijos
- Controlar a dónde va y a quién ve
- Negarle a usted o a sus hijos comida, ropa o cuidado médico
- No permitirle ir a trabajar o a la escuela
- Seguir(a) o acechar(a)

Si usted es o ha sido víctima de violencia doméstica o corre riesgo de futura violencia, su asistente social puede:

- Ayudarle a encontrar un programa en el que puede recibir asesoramiento, planificación de su seguridad, alojamiento, servicios legales y otra ayuda.
- Exentarla(o) de los requisitos de asistencia en efectivo si la violencia doméstica le impide cumplir con esos requisitos: Algunas veces las personas no pueden cumplir con los requisitos de asistencia social (Welfare) porque temen que al hacerlo abusarán de ellas o de sus hijos. Algunos de esos requisitos son:
 - Cooperación con la manutención
 - TRABAJO (RESET)
 - Límites de tiempo
 - Requisitos de que las madres o padres adolescentes vivan con sus padres
 - Verificación
 - Otros requisitos de cada caso en particular

Si necesita que se le exente de los requisitos de asistencia social por motivos de violencia doméstica, hable con su asistente social.

Puede pedir hablar con su asistente social en privado. Quizás no quiera compartir esta información con su asistente social o quizás decida hablar con su asistente social después. Su asistente social y el personal de la Oficina de Asistencia del Condado mantendrán su información confidencial; sin embargo, el Departamento de Bienestar Público tiene la obligación, por ley, de reportar los casos de abuso de menores al organismo local de protección de menores (Children and Youth Agency).

DERECHOS DEL CLIENTE

DERECHO A NO DISCRIMINACIÓN - No podemos discriminar debido al sexo, edad, raza, color, linaje, discapacidad, creencias religiosas, nación de origen, preferencia sexual, estilo de vida, afiliación a un sindicato, partido político o porque solicitó o recibió asistencia anteriormente. Si cree que el Departamento o cualquier entidad que proporciona servicios a nombre del Departamento discriminó en su contra, puede presentar una queja oral o escrita ante el Departamento o la Oficina de Asistencia del Condado quien enviará su queja a la dependencia federal o estatal apropiada.

DERECHO DE APELAR - Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia Departamental para apelar una decisión o incumplimiento del Departamento que afecta sus beneficios o que usted cree es injusto o incorrecto. Puede presentar la apelación en la Oficina de Asistencia del Condado (CAO). En la audiencia de la apelación, usted se puede representar a sí mismo u otra persona lo puede representar, como un abogado, un amigo o un pariente.

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

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

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL - Usted tiene el derecho de solicitar un informe de antecedentes de abuso de menores y penales de su proveedor de cuidado infantil.

DERECHO A CONFIDENCIALIDAD - Mantenemos confidencial la información que usted proporciona y solamente la utilizamos para administrar los programas a los que usted solicita o para los que usted reúne los requisitos. Cualquier persona que de manera consciente infrinja cualquiera de las reglas y reglamentos de este Departamento, de conformidad con este artículo, será culpable de un delito menor y, al ser condenada de ello, su sentencia será pagar una multa que no excederá cien dólares (\$100) o encarcelamiento, por un periodo que no excederá seis meses o ambas cosas (62 P.S. Sección 483). La Oficina de Asistencia del Condado, cuando se le solicite, deberá informarles a los agentes de policía federales, estatales y locales la dirección, número de seguro social y fotografía (de tener una) de cualquier persona que se haya dado a la fuga para evitar proceso, custodia o encarcelamiento por un delito grave o por violar su libertad condicional o bajo palabra.

DERECHO A DECIR QUE TIENE CAUSA JUSTIFICADA - la ley dispone que usted debe cooperar para establecer la paternidad de cualquier niño nacido fuera del matrimonio y obtener cualquier manutención que se le deba a usted o sus hijos para quienes desea asistencia en efectivo o médica. El Departamento le exentará de cooperar con los requisitos de manutención si usted comprueba que no sería lo mejor para los niños para quien desea obtener asistencia. Si no tiene exención de los requisitos de empleo y capacitación, usted deberá cumplir a menos que tenga una causa justificada. Deberá cumplir con los requisitos de informes mensuales a menos que tenga una causa justificada para no hacerlo.

OBLIGACIONES DEL CLIENTE

OBLIGACIÓN DE ACEPTAR RESPONSABILIDAD POR BIENES INMUEBLES O PERSONALES - Si está solicitando asistencia en efectivo y es propietario de bienes inmuebles que no son su residencia y/o propiedad personal, es posible que le exijamos que firme un acuerdo de pagar los beneficios que usted, su cónyuge y sus hijos menores reciban. Si usted tiene 55 años de edad o más y recibe Asistencia Médica para pagar los servicios de una institución para ancianos, servicios de cuidado en el hogar y la comunidad y cualquier servicio relacionado de hospital y medicamentos, tendrá que reponer el costo de esos servicios del patrimonio de una sucesión testamentaria.

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

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

En el caso de las unidades familiares que reciben cupones de alimentos y no proporcionan informes semestrales (SAR), tienen que reportar los cambios según se describen en el caso de asistencia en efectivo con tres excepciones. Si tiene ingresos no laborales, tiene que reportar los aumentos y disminuciones del ingreso no laboral bruto de más de \$50. Además, los cambios del seguro de vida y ausencias temporales del estado o condado no se tienen que reportar.

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

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

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

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

OBLIGACIÓN DE USAR LA TARJETA ACCESS DE MANERA LEGAL - Puede usar la tarjeta ACCESS para servicios únicamente durante el periodo en que tiene el derecho. Deberá usar la tarjeta únicamente para la persona que califica y sólo puede recibir los servicios necesarios y razonables.

OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL - En el caso de beneficios en efectivo, asistencia médica y/o cupones de alimentos, debe proporcionar el número de Seguro Social (NSS) de cada persona para quien solicita beneficios. Si no tiene un NSS, deberá presentar una solicitud para obtenerlo. El rehusarse o el no proporcionar un NSS puede tener como consecuencia que se le descalifique. En el caso de asistencia en efectivo y beneficios médicos, también le pediremos que proporcione el NSS de cualquier otra persona cuyo ingreso y/o recursos afectan su elegibilidad o la cantidad de sus beneficios. Utilizamos el NSS para verificar su identidad, administrar nuestros programas, prevenir la duplicación de los programas estatales y federales, para buscar por computadora otros programas y para obtener información sobre ingresos y recursos para determinar para qué beneficios califica y/o la cantidad de sus beneficios (42 U.S.C. § 1320b-7)

PROHIBICIONES Y SANCIONES

Usted **no** debe:

- dar información falsa, incorrecta o incompleta;
- intercambiar, vender ni alterar sus cupones de alimentos o su Autorización de Participar (ATP), la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) ni su tarjeta PA ACCESS;
- usar los cupones de alimentos, ATP, EBT ni la tarjeta PA ACCESS de otra persona;
- usar sus cupones de alimentos para comprar artículos que no entran en el programa, como son bebidas alcohólicas o tabaco o
- utilizar los cupones de alimentos para comprar drogas ilegales, armas de fuego, municiones o explosivos.

Cualquier miembro de su familia que sea declarado culpable por un juez o una audiencia de descalificación administrativa por violar cualquiera de las reglas que se mencionan arriba o que firme un acuerdo de consentimiento de descalificación voluntaria o renuncia de una audiencia de descalificación tendrá prohibido obtener beneficios de asistencia en efectivo de cupones de alimentos durante:

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

Cualquier miembro de la familia que sea declarado culpable por un tribunal de usar los cupones de alimentos para comprar drogas ilegales será descalificado por:

- 24 meses por la primer infracción y
- definitivamente en caso de una segunda infracción.

Cualquier miembro de su casa que sea declarado culpable por un tribunal de comprar o vender beneficios de cupones de alimentos, tarjetas ATP u otros instrumentos de beneficios por dinero o por otra contraprestación que no sea alimentos o a cambio de armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas que sumen \$500 o más en cupones de alimentos será descalificado definitivamente.

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

Ningún miembro de la familia que se haya dado a la fuga con el fin de evitar proceso, custodia o encarcelamiento por un delito grave o intento de delito mayor, o que viole una condición de su libertad condicional o bajo palabra calificará hasta que la situación sea aclarada.

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

Un individuo no califica para recibir asistencia en efectivo por un periodo de 10 años si es condenado de falsedad fraudulenta en la representación de su residencia para fines de recibir beneficios de bienestar público (welfare) en dos o más estados.

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

Si usted no reporta los cambios como se dispone, sus beneficios serán reducidos o suspendidos. Si usted intencionalmente proporciona información falsa o no reporta los cambios podría estar sujeto a multa o encarcelamiento. El uso impropio de la tarjeta PAACCESS para servicios médicos y/o transferencias electrónicas de efectivo y cupones de alimentos podría resultar en una multa, encarcelamiento o ambos.

Si es declarado culpable por violar este reglamento, o por cometer fraude, también podrá ser:

- multado hasta \$250,000 en el caso de cupones de alimentos y hasta \$15,000 en el caso de efectivo;
- encarcelado hasta 20 años en el caso de cupones de alimentos y hasta siete años en el caso de efectivo y/o
- se le exigirá que reponga los beneficios que recibió.

REQUISITOS DE TRABAJO/SANCIONES RELACIONADOS CON CUPONES DE ALIMENTOS - Si usted está mental y físicamente capacitado, tiene más de 15 años y menos de 60 años de edad y no le corresponde ninguna exención, usted no puede rehusarse a registrarse para trabajar; participar en un programa aprobado de empleo y capacitación a menos que tenga causa justificada; proporcionar información adecuada a la Oficina de Asistencia del Condado de su localidad sobre su situación de empleo y disponibilidad de trabajo a menos que tenga causa justificada o cumplir con el programa de trabajo (workfare). Además, usted no debe renunciar a su trabajo voluntariamente sin ninguna causa justificada o bien reducir el número

de horas laborales que trabaja, si después de la reducción trabajaría menos de 30 horas a la semana.

Si usted o alguno de los miembros de su unidad familiar viola cualquiera de los requisitos que se mencionan arriba, usted o esa persona podrá ser descalificado de recibir cupones de alimentos: Antes de imponer la descalificación, usted recibirá un aviso y tendrá el derecho a apelar y tener una audiencia imparcial.

Los periodos mínimos de descalificación son los siguientes: por la primera infracción; un mes y hasta que cese el incumplimiento; por la segunda infracción, 3 meses y a partir de ese momento hasta que cese el incumplimiento; y para la tercera y las infracciones subsiguientes, 6 meses y a partir de ese momento hasta que cese el incumplimiento.

REQUISITOS DE TRABAJO/SANCIONES RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA EN EFECTIVO - Un participante obligatorio que no coopere con el requisito de trabajo o actividad relacionada con el trabajo; no participe en ETP; no acepte una oferta de trabajo genuina; o que deje su empleo, reduzca sus ingresos o no procure, sin causa justificada, solicitar trabajo, quedará descalificado de recibir asistencia en efectivo.

El periodo de sanción es:
Primera vez - 30 días o hasta que cese el incumplimiento, lo que sea más.
Segunda vez - 60 días o hasta que cese el incumplimiento, lo que sea más.
Tercera vez - permanentemente.

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

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

En lugar de las sanciones dispuestas arriba, si un individuo empleado voluntariamente, sin causa justificada, reduce sus ingresos al no cumplir con el requisito de 20 horas de trabajo durante los primeros 24 meses, el subsidio en efectivo se reducirá en la cantidad en dólares del ingreso que hubiese ganado si el beneficiario hubiese cumplido su requisito de trabajo de 20 horas, hasta que cumpla el requisito de las 20 horas.

Si un individuo empleado voluntariamente, sin causa justificada, reduce sus ingresos por medio del incumplimiento del requisito de 20 horas de trabajo después de haber recibido asistencia en efectivo por 24 meses, toda la unidad familiar queda descalificada.

DECLARACIÓN JURADA

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO DECLARO QUE:

- Leí esta solicitud completamente o alguien me la leyó y entiendo las preguntas que hacen.
- Recibí una copia de mis derechos y obligaciones, los leí o alguien me los leyó y los entiendo.
- Yo proporcionaré o colaboraré para obtener cualquier información que se necesite para comprobar mis declaraciones.
- Tengo que reportar cambios en mis circunstancias dentro de los primeros 10 días naturales del mes siguiente al mes del cambio, a menos que esté en el sistema de reportes semestrales de beneficios de cupones de alimentos. (Consulte las páginas 9 y 10 para los requisitos de reportar.)
- Yo cooperaré con los requisitos del programa de cumplimiento de la manutención de los hijos según lo disponga el Departamento.
- Si recibo dinero en efectivo y/o beneficios médicos, yo le concedo al estado y/o a la Sección de Relaciones Domésticas el derecho de proceder con el proceso de cobro de manutención en efectivo y/o para gastos médicos para mí y los demás en cuyo nombre estoy solicitando.
- Si recibo beneficios de asistencia en efectivo, el trabajador leyó la certificación al dorso del cheque y cada vez que yo endose un cheque estoy firmado la certificación.
- Yo soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud aunque la solicitud sea presentada por alguien que está actuando en mi nombre.
- Doy mi consentimiento y colaboraré plenamente en el proceso de registro digital de huella digital, fotografía y firma. Entiendo que si me rehúso a cooperar me podrían negar los beneficios.
- Declaro que, con sujeción a las penas dispuestas por ley, la información que proporciono es verídica y completa a mi mejor saber y entender.

AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, ENTIENDO QUE:

- El estado opera un programa de control de fraude bajo el cual los oficiales locales, estatales y federales pueden verificar la información que proporcioné. La verificación incluirá confirmación a través de los Expedientes de Registro de Delincuentes de la Policía Estatal de Pennsylvania, los expedientes de la Oficina Administrativa de Juzgados de Pennsylvania y otros expedientes disponibles.
- El estado puede obtener información sobre mis circunstancias de otras personas u organizaciones, incluso información en computadora y de Inmigración y Naturalización.
- Mi número de Seguro Social se utilizará para obtener información con el fin de verificar mis circunstancias y cumplimiento con los requisitos.
- Me podrán reducir o suspender los beneficios o multarme (incluso me podrán acusar de fraude) por dar información falsa o engañosa o por no reportar cambios que afectarían mis beneficios.
- Le concedo al Estado el derecho de tratar de conseguir, con o sin proceso legal, el pago de seguro médico privado o público o de un tercero responsable. La cantidad recuperada no excederá la cantidad pagada por Asistencia Médica.
- El estado y la Sección de Relaciones Domésticas tienen el derecho de revisar todos los expedientes de servicios médicos que el programa de Asistencia Médica pagó.
- El pago de servicios médicos se hará directamente al proveedor, no a mí. Esto incluye los pagos de Medicare.
- La ley dispone la asignación automática al estado de los derechos de manutención para mí y las demás personas en cuyo nombre estoy aceptando asistencia en efectivo y/o asistencia médica.
- Si recibo beneficios de dinero en efectivo, toda manutención, incluso los pagos retrasados se le pagarán al estado. Si yo recibo beneficios médicos, se podría pagar la manutención médica al estado. Cuando los beneficios se suspendan, se le podrían pagar al estado los retrasos para reembolsar la cantidad de asistencia otorgada. La cantidad de manutención que el estado retenga no será más de la cantidad de asistencia en efectivo recibida y/o la cantidad pagada bajo el programa de asistencia médica.
- El no reportar o proporcionar comprobante de gastos de la unidad familiar significará que no quiero recibir una deducción por el gasto no reportado o no comprobado (autoridad: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Mid-Atlantic region, Administrative Note 6-99, expedido enero 4, 1999). Entiendo que tengo el derecho de recibir crédito por los gastos de la unidad familiar cuando reporte dichos gastos y me podrían pedir que proporcione comprobantes de los mismos en cualquier momento de mi periodo de certificación para recibir cupones de alimentos.

FIRMA DEL CLIENTE O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA	ID	FIRMAS DEL EMPLEADO/TESTIGO	FECHA
DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO)				NÚMERO DE TELÉFONO
SEGUNDO TESTIGO SI ARRIBA FIRMÓ CON UNA (X)	DIRECCIÓN DEL TESTIGO		FECHA	

DERECHOS DEL CLIENTE

DERECHO A NO DISCRIMINACIÓN

No podemos discriminar debido al sexo, edad, raza, color, linaje, discapacidad, creencias religiosas, nación de origen, preferencia sexual, estilo de vida, afiliación a un sindicato, partido político o porque solicitó y recibió asistencia anteriormente. Si cree que el Departamento o cualquier entidad que proporciona servicios a nombre del Departamento discriminó en su contra, puede presentar una queja oral o escrita ante el Departamento o la Oficina de Asistencia del Condado quien enviará su queja a la dependencia federal o estatal apropiada.

DERECHO DE APELAR

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia Departamental para apelar una decisión o incumplimiento del Departamento que afecta sus beneficios o que usted cree es injusto o incorrecto. Puede presentar la apelación en la Oficina de Asistencia del Condado (CAO). En la audiencia de la apelación, usted puede representarse a sí mismo u otra persona lo puede representar, como un abogado, un amigo o un pariente.

DERECHO A UNA CONFERENCIA CON LA AGENCIA

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

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO

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

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

Usted tiene el derecho de solicitar un informe de antecedentes de abuso de menores y penales de su proveedor de cuidado infantil.

DERECHO A CONFIDENCIALIDAD

Mantenemos confidencial la información que usted proporciona y solamente la utilizamos para administrar los programas a los que usted solicita o para los que usted reúne los requisitos. Cualquier persona que de manera consciente infrinja cualquiera de las reglas y reglamentos de este Departamento, de conformidad con este artículo, será culpable de un delito menor y, al ser condenada de ello, su sentencia será pagar una multa que no excederá cien dólares (\$100) o encarcelamiento, por un período que no excederá seis meses o ambas cosas (62 P.S. Section 483).

La Oficina de Asistencia del Condado, cuando se le solicite, deberá informarles a los agentes de policía federales, estatales y locales la dirección, número de seguro social y fotografía (de tener una) de cualquier individuo que se haya dado a la fuga para evitar proceso, custodia o encarcelamiento por un delito grave o por violar su libertad condicional o bajo palabra.

DERECHO A DECIR QUE TIENE CAUSA JUSTIFICADA

La ley dispone que usted debe cooperar para establecer la paternidad de cualquier niño nacido fuera del matrimonio y obtener cualquier manutención que se le deba a usted o sus hijos para quienes desea asistencia en efectivo o médica. El Departamento le exentará de cooperar con los requisitos de manutención si usted comprueba que no sería lo mejor para los niños para quien desea obtener asistencia.

Si no tiene exención de los requisitos de empleo y capacitación, usted deberá cumplir a menos que tenga una causa justificada.

Deberá cumplir con los requisitos de informes mensuales a menos que tenga una causa justificada para no hacerlo.

OBLIGACIONES DEL CLIENTE

OBLIGACIÓN DE ACEPTAR RESPONSABILIDAD POR BIENES INMUEBLES O PERSONALES

Si está solicitando asistencia en efectivo y es propietario de bienes inmuebles que no son su residencia y/o propiedad personal, es posible que le exijamos que firme un acuerdo de pagar los beneficios que usted, su cónyuge y sus hijos menores reciban.

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

OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

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

OBLIGACIÓN DE REPORTAR CAMBIOS

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

En el caso de las unidades familiares que reciben cupones de alimentos y no proporcionan informes semestrales (SAR), tienen que reportar los cambios según se describe en el caso de asistencia en efectivo con tres excepciones. Si tiene ingresos no laborales, tiene que reportar los aumentos y disminuciones del ingreso no laboral bruto de más de \$50. Además, los cambios del seguro de vida y ausencias temporales del estado o condado no se tienen que reportar.

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

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

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

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

OBLIGACIÓN DE UTILIZAR LA TARJETA PA ACCESS DE UNA MANERA LEGAL

Puede usar la tarjeta ACCESS para servicios únicamente durante el periodo en que cumple los requisitos. Deberá usar la tarjeta únicamente para la persona que tiene el derecho y sólo puede recibir los servicios necesarios y razonables.

OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

En el caso de beneficios en efectivo, asistencia médica y/o cupones de alimentos, debe proporcionar el número de Seguro Social (NSS) de cada persona para quien solicita beneficios. Si no tiene un NSS, deberá presentar una solicitud para obtenerlo. El rehusarse o el no proporcionar un NSS puede tener como consecuencia que se le descalifique. En el caso de asistencia en efectivo y beneficios médicos, también le pediremos que proporcione el NSS de cualquier otra persona cuyo ingreso y/o recursos afectan su elegibilidad o la cantidad de sus beneficios. Utilizamos el NSS para verificar su identidad, administrar nuestros programas, prevenir la duplicación de los programas estatales y federales, para buscar por computadora otros programas y para obtener información sobre ingresos y recursos para determinar para qué beneficios tiene derecho y/o la cantidad de sus beneficios (42 U.S.C. § 1320b-7).

DECLARACIÓN JURADA

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO DECLARO QUE:

- Leí esta solicitud completamente o alguien me la leyó y entiendo las preguntas que hacen.
- Recibí una copia de mis derechos y obligaciones, los leí o alguien me los leyó y los entiendo.
- Yo proporcionaré o colaboraré para obtener cualquier información que se necesite para comprobar mis declaraciones.
- Tengo que reportar cambios en mis circunstancias dentro de los primeros 10 días naturales del mes siguiente al mes del cambio, a menos que esté en el sistema de reportes semestrales de beneficios de cupones de alimentos. (Consulte las páginas 9 y 10 para los requisitos de reportar.)
- Yo cooperaré con los requisitos del programa de cumplimiento de la manutención de los hijos según lo disponga el Departamento.
- Si recibo dinero en efectivo y/o beneficios médicos, yo le concedo al estado y/o a la Sección de Relaciones Domésticas el derecho de proceder con el proceso de cobro de manutención en efectivo y/o para gastos médicos para mí y los demás en cuyo nombre estoy solicitando.
- Si recibo beneficios de asistencia en efectivo, el trabajador leyó la certificación al dorso del cheque y cada vez que yo endose un cheque estoy firmado la certificación.
- Yo soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud aunque la solicitud sea presentada por alguien que está actuando en mi nombre.
- Doy mi consentimiento y colaboraré plenamente en el proceso de registro digital de huella digital, fotografía y firma. Entiendo que si me rehúso a cooperar me podrían negar los beneficios.
- Declaro que, con sujeción a las penas dispuestas por ley, la información que proporciono es verídica y completa a mi mejor saber y entender.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO ENTIENDO QUE:

- El estado opera un programa de control de fraude bajo el cual los oficiales locales, estatales y federales pueden verificar la información que proporcioné. La verificación incluirá confirmación a través de los Expedientes de Registro de Delinquentes de la Policía Estatal de Pennsylvania, los expedientes de la Oficina Administrativa de Juzgados de Pennsylvania y otros expedientes disponibles.
- El estado puede obtener información sobre mis circunstancias de otras personas u organizaciones, incluso información en computadora y de Inmigración y Naturalización.
- Mi número de Seguro Social se utilizará para obtener información con el fin de verificar mis circunstancias y cumplimiento con los requisitos.
- Me podrán reducir o suspender los beneficios o multarme (incluso me podrán acusar de fraude) por dar información falsa o engañosa o por no reportar cambios que afectarían mis beneficios.
- Le concedo al Estado el derecho de tratar de conseguir, con o sin proceso legal, el pago de seguro médico privado o público o de un tercero responsable. La cantidad recuperada no excederá la cantidad pagada por Asistencia Médica.
- El estado y la Sección de Relaciones Domésticas tienen el derecho de revisar todos los expedientes de servicios médicos que el programa de Asistencia Médica pagó.
- El pago de servicios médicos se hará directamente al proveedor, no a mí. Esto incluye los pagos de Medicare.
- La ley dispone la asignación automática al estado de los derechos de manutención para mí y las demás personas en cuyo nombre estoy aceptando asistencia en efectivo y/o asistencia médica.
- Si recibo beneficios de dinero en efectivo, toda manutención, incluso los pagos retrasados se le pagarán al estado. Si yo recibo beneficios médicos, se podría pagar la manutención médica al estado. Cuando los beneficios se suspendan, se le podrían pagar al estado los retrasos para reembolsar la cantidad de asistencia otorgada. La cantidad de manutención que el estado retenga no será más de la cantidad de asistencia en efectivo recibida y/o la cantidad pagada bajo el programa de asistencia médica.
- El no reportar o proporcionar comprobante de gastos de la unidad familiar significará que no quiero recibir una deducción por el gasto no reportado o no comprobado (autoridad: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Mid-Atlantic region, Administrative Note 6-99, expedido enero 4, 1999) Entiendo que tengo el derecho de recibir crédito por los gastos de la unidad familiar cuando reporte dichos gastos y me podrían pedir que proporcione comprobantes de los mismos en cualquier momento de mi periodo de certificación para recibir cupones de alimentos.

PROHIBICIONES Y SANCIONES

Usted **no** debe:

- dar información falsa, incorrecta o incompleta;
- intercambiar, vender ni alterar sus cupones de alimentos o su Autorización de Participar (ATP), la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) ni su tarjeta PA ACCESS;
- usar los cupones de alimentos, ATP, EBT ni la tarjeta PA ACCESS de otra persona;
- usar sus cupones de alimentos para comprar artículos que no entran en el programa, como son bebidas alcohólicas o tabaco o
- utilizar los cupones de alimentos para comprar drogas ilegales, armas de fuego, municiones o explosivos.

Cualquier miembro de su familia que sea declarado culpable por un juez o una audiencia de descalificación administrativa por violar cualquiera de las reglas que se mencionan arriba o que firme un acuerdo de consentimiento de descalificación voluntaria o renuncia de una audiencia de descalificación tendrá prohibido obtener beneficios de asistencia en efectivo o de cupones de alimentos durante:

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

Cualquier miembro de su familia que sea declarado culpable por un tribunal de usar los cupones de alimentos para comprar drogas ilegales será descalificado por:

- 24 meses por la primer infracción y
- definitivamente en caso una segunda infracción.

Cualquier miembro de su casa que sea declarado culpable por un tribunal de comprar o vender beneficios de cupones de alimentos, tarjetas ATP u otros instrumentos de beneficios por dinero o por otra contraprestación que no sea alimentos o a cambio de armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas que sumen \$500 o más en cupones de alimentos será descalificado definitivamente.

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

Ningún miembro de la familia que se haya dado a la fuga con el fin de evitar proceso, custodia o encarcelamiento por un delito grave o intento de delito mayor, o que viole una condición de su libertad condicional o bajo palabra tendrá derecho a estos beneficios hasta que la situación sea aclarada.

Ningún individuo que haya sido condenado por un delito mayor o un delito menor y que no haya cumplido la pena impuesta por el tribunal tiene derecho a recibir asistencia en efectivo.

Ninguna persona tendrá derecho a recibir asistencia en efectivo por un periodo de 10 años si es condenada de falsedad fraudulenta en la representación de su residencia para fines de recibir beneficios de bienestar público (welfare) en dos o más estados.

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

Si usted no reporta los cambios como se dispone, sus beneficios serán reducidos o suspendidos. Si usted intencionalmente proporciona información falsa o no reporta los cambios podría estar sujeto a multa o encarcelamiento. El uso impropio de la tarjeta PA ACCESS para servicios médicos y/o transferencias electrónicas de efectivo y cupones de alimentos podría resultar en una multa, encarcelamiento o ambos.

Si es declarado culpable por violar este reglamento, o por cometer fraude, también podrá ser:

- multado hasta \$250,000 en el caso de cupones de alimentos y hasta \$15,000 en el caso de efectivo;
- encarcelado hasta 20 años en el caso de cupones de alimentos y hasta siete años en el caso de efectivo y/o
- se le exigirá que reponga los beneficios que recibió.

REQUISITOS DE TRABAJO/SANCIONES RELACIONADOS CON CUPONES DE ALIMENTOS

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

Si usted o alguno de los miembros de su unidad familiar viola cualquiera de los requisitos que se mencionan arriba, usted o esa persona podrá ser descalificado de recibir cupones de alimentos: Antes de imponer la descalificación, usted recibirá un aviso y tendrá el derecho a apelar y tener una audiencia imparcial.

Los periodos mínimos de descalificación son los siguientes: por la primera infracción; un mes y hasta que cese el incumplimiento; por la segunda infracción, 3 meses y a partir de ese momento hasta que cese el incumplimiento; y para la tercera y las infracciones subsiguientes, 6 meses y a partir de ese momento hasta que cese el incumplimiento.

REQUISITOS DE TRABAJO/SANCIONES RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA EN EFECTIVO

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

El periodo de sanción es:

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

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

Tercera vez - permanentemente.

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

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

En lugar de las sanciones dispuestas arriba, si un individuo empleado voluntariamente, sin causa justificada, reduce sus ingresos al no cumplir con el requisito de 20 horas de trabajo durante los primeros 24 meses, el subsidio en efectivo se reducirá en la cantidad en dólares del ingreso que hubiese ganado si el beneficiario hubiese cumplido su requisito de trabajo de 20 horas, hasta que cumpla el requisito de las 20 horas.

Si un individuo empleado voluntariamente, sin causa justificada, reduce sus ingresos por medio del incumplimiento del requisito de 20 horas de trabajo después de haber recibido asistencia en efectivo por 24 meses, toda la unidad familiar queda descalificada.