



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Revisión de beneficios

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

Esta es una solicitud de beneficios de SNAP, asistencia médica y asistencia en efectivo. 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.



COMPASS
CLIC. SOLICITE. BENEFICIOS.

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

Si tiene una discapacidad y necesita este formulario impreso con letras grandes o en otro formato, llame a nuestra **línea de ayuda** al número **1-800-692-7462**. 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 (PA Relay Services) al **711**.

Seguridad familiar: información sobre sus beneficios y la violencia doméstica.

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

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

Si usted es o ha sido víctima de violencia doméstica o está en riesgo de sufrir nuevos actos de violencia, su asistente social puede eximirlo de los requisitos para atender su caso si la violencia doméstica le impide cumplirlos. A veces las personas no pueden seguir los requisitos de bienestar sin correr riesgos porque temen que ellos o sus hijos serán abusados si lo hacen. Estos incluyen:

- Cooperación de apoyo
- Límites de tiempo
- Trabajo (RESET)
- El requisito de que los padres adolescentes vivan en la casa
- Otros requisitos según cada caso
- Verificación

Si necesita que lo excluyan de los requisitos de bienestar debido a actos de violencia doméstica, comuníquese a su asistente social.

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

- **Hablar** con usted si desea hablar. Puede pedir hablar en privado. Su trabajador social y el personal protegerán la confidencialidad de su información personal. Sin embargo, la ley dice que el Departamento de 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.
- **Lo ayudan** a comprender las reglas para solicitar asistencia en forma de dinero en efectivo, y cómo dichas reglas lo afectan si la solicita. Ciertos requisitos de TANF pueden ser dispensados por actos de violencia doméstica.

Para información sobre intervención en casos de crisis, asesoramiento, acompañarlo/la a la policía, instituciones médicas y tribunales, vivienda temporaria durante una 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/.

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

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

ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA

Aviso importante para el beneficiario: necesitamos obtener información suya.

1. Escriba claramente en letra de imprenta. Intente completar la mayor cantidad de información posible. Necesitamos la información solicitada en este formulario para poder determinar su elegibilidad continua.
2. **Revise cualquier información impresa en este formulario. Si alguna parte de su información que viene ya impresa es incorrecta o ha cambiado, tache esa información impresa y proporcione la información actualizada. Revise todas las preguntas que no tengan una respuesta impresa y respóndalas, a menos que las instrucciones le indiquen que puede elegir no contestar.**
3. Si necesita ayuda, puede obtenerla de otra persona o de su oficina de asistencia del condado (CAO), o puede llamar al Centro de Servicio al Cliente al 1-877-395-8930. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.
4. **Firme y coloque la fecha en la página 1 y en la sección Entienda sus derechos y responsabilidades.**
5. Traiga el formulario a la oficina de asistencia del condado el día y a la hora indicados para su entrevista programada. Si su entrevista va a ser por teléfono, o si no necesita tener una entrevista, envíe el formulario por correo postal a su trabajador social.
6. Puede volver a solicitar el beneficio en línea en: www.compass.state.pa.us.

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? _____

Su información

Proporcione información sobre usted: necesitamos obtener información suya. **Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.**

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

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

Número de teléfono:

Distrito escolar:

Municipio/subdivisión/municipalidad:

Firme aquí

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

X _____ Fecha

Su firma o la firma de su representante

Marque la casilla a continuación si todavía no tiene beneficios de atención médica y desea solicitar la cobertura de atención médica para usted y los miembros de su familia:

Sí, me gustaría solicitar la cobertura de atención médica.

Si marcó sí, indique los miembros de la familia para los que desea solicitar, incluido usted:

NO COMPLETAR - SÓLO PARA LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO

WORKER ID	CSLD	RECORD NUMBER	CAT	NAME	APPT DATE/TIME	AM
						PM
AUTHORIZED				NOT AUTHORIZED		

¿Está interesado en otro servicio?

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

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

Cuéntenos acerca de las personas en su hogar:

Necesitamos recopilar información acerca de todos los que viven en su casa, aunque ellos no estén solicitando beneficios. **Para solicitantes de cuidado de salud, asegúrese de incluir a todos los que están en su declaración de impuestos federales, aunque no vivan con usted.** Nota: No necesita presentar una declaración de impuestos para obtener los beneficios. Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

Persona 1

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Está solicitando los beneficios para usted mismo?	Número de seguro social:
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo:	¿Tienes un PA ACCESO / tarjeta EBT?	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Va a la escuela?	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			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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 su tipo de documento y número de identificación.	▶ Tipo de documento: <input type="text"/> Número de documento de identificación: <input type="text"/>
¿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	

Persona 2

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona?	Número de seguro social:
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo:	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access?	¿Esta persona vive con usted?
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta persona va a la escuela?	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			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			
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 e tipo de documento y número de identificación.	▶ Tipo de documento: <input type="text"/> Número de documento de identificación: <input type="text"/>
¿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	

Persona 3

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona vive con usted? <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
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			
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 e tipo de documento y número de identificación.		▶ Tipo de documento: <input type="text"/>
Número de documento de identificación: <input type="text"/>			
¿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	

Persona 4

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona vive con usted? <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
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			
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 e tipo de documento y número de identificación.		▶ Tipo de documento: <input type="text"/>
Número de documento de identificación: <input type="text"/>			
¿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	

Persona 5

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona vive con usted? <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
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			
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 e tipo de documento y número de identificación.		▶ Tipo de documento: <input type="text"/>
Número de documento de identificación: <input type="text"/>			
¿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	

Persona 6

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona vive con usted? <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
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			
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 e 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	

Persona 7

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona vive con usted? <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
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			
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 e 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	

Persona 8

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona vive con usted? <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
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			
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 e 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	

Persona 9

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona vive con usted? <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
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			
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 e 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	

Persona 10

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona vive con usted? <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
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			
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 e 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	

Persona 11

Nombre (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Tiene esta persona una tarjeta EBT/PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona vive con usted? <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
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastrero <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____			
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 e 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	

Otras preguntas

¿Hay alguna mujer embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	Fecha estimada de parto:	¿Cuántos bebés se esperan?
¿Alguien es discapacitado, está gravemente enfermo o necesita atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	¿Cuál es la discapacidad?	
Alguien estaba en cuidado tutelar (en inglés, foster care) cuando tenía 18 años de edad o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	¿En qué estado?	
¿Alguien paga por el cuidado de los niños o el cuidado de un adulto con discapacidad para poder ir a trabajar, a la escuela o recibir capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuánto paga por mes?	Cantidad mensual: \$	¿Quién recibe los cuidados?
¿Alguien debe pagar transporte para ir a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuánto paga por mes?	Cantidad mensual: \$	¿Cómo viaja (autobús, tren, automóvil, subterráneo)?
Si usa un automóvil:			
¿Cuántas millas recorre para ir a trabajar y volver?	Millas:	¿Cuántos días a la semana?	Días:
		¿Cuánto paga por mes por su automóvil?	Cantidad mensual: \$

Información sobre impuestos

Llene esta sección si está solicitando la atención de la salud. No es necesario que responda estas preguntas si sólo está solicitando beneficios de SNAP.

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

Liste cada una de las personas que presentarán declaraciones de impuestos. Si presenta una declaración conjunta, incluya al cónyuge en el mismo renglón.
Nota: Un dependiente puede ser reclamado solo por una persona en su declaración de impuestos. Para declarantes conjuntos, solo incluya a los dependientes de la persona que firma la declaración de impuestos.

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

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

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

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

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

Deducciones de impuestos

Llene esta sección si está solicitando atención de la salud. No es necesario que responda estas preguntas si sólo está solicitando beneficios de SNAP.

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

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

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

Seguro de salud

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

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

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

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

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

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

Lista de quien está (o estaba) cubierto:

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

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

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

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

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

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

Seguro de salud de su empleador

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

¿Se le ofrece cobertura de salud a través de un trabajo a alguna de las personas para las que usted está presentando la solicitud?

Sí No Marque Sí incluso cuando la cobertura provenga del trabajo de otra persona, como alguno de los padres o cónyuge.

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

¿Es un plan de beneficios de empleado estatal? 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su hogar recibe asistencia para vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, ¿lo ordenó un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo? _____
	Si la respuesta es Sí, ¿usted recibe alguna asignación para servicios públicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Las comidas están incluidas en su alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hay alguien fuera de su grupo familiar que pague alguno de sus gastos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si es así, ¿qué gastos? _____
	¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
	¿A quién? _____
¿Paga calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Paga aire acondicionado central o para hacer funcionar unidades de aire acondicionado en la habitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

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

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

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

Hipoteca: \$ _____ Impuestos sobre la propiedad: \$ _____ Seguro del propietario: _____

Gastos médicos

Esta sección es para solicitantes de SNAP.

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

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

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

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

Familiares ausentes

Esta sección es para solicitantes de asistencia en efectivo.

Si alguien hace la solicitud por un niño cuyos padres no viven en su casa o si algún solicitante tiene un cónyuge que no vive en su casa, responda estas preguntas para que podamos tratar de darle apoyo. No necesita llenar esta sección si proveer esta información o buscar apoyo le pone a usted o a los miembros de su familia en riesgo de violencia familiar o hace más difícil escapar de la violencia familiar, o si su niño nació como consecuencia de una violación o incesto, o si está considerando la adopción.

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

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

Si está solicitando asistencia en efectivo, debe dar el nombre de los padres de cualquier niño menor y ayudar a la Sección de Relaciones Domésticas (DRS, por su sigla en inglés) a cobrar la manutención por medio de proporcionar la información que necesitan a menos que exista una causa justificada. Si usted no ayuda a la DRS proporcionándoles la información necesaria y no existe una causa justificada para no colaborar, se reducirá en por lo menos un 25 por ciento la cantidad de asistencia en efectivo que se apruebe para usted.

Si se aprueban sus beneficios de asistencia en efectivo, debe permitir que el departamento y la DRS cobren la manutención por usted y por las otras personas para las cuales usted esté presentando la solicitud. La ley dice que los derechos de manutención se transferirán al estado si usted acepta la asistencia en efectivo.

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

Consulta de antecedentes penales

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

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

¿Se le ha expedido a alguien una citación o una orden judicial para comparecer como acusado en un caso de un juzgado en lo penal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?
¿Alguien debe alguna multa, costo, o restitución por un delito mayor o delito menor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?
¿Alguien tiene un plan de pagos por multas y costos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?
¿Alguien está en libertad condicional o libertad bajo palabra?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?
¿Es alguien que está en libertad condicional o bajo palabra y no 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 no 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) 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 solicitud de inscripción de electores, 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 a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o para solicitar la inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA, Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA).

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

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

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

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

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 enlace 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).

USDA es un proveedor y empleador de oportunidades igualitarias.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

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

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

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

DERECHO DE APELACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia del Departamento de 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 POR CAUSA JUSTIFICADA

Si usted solicita beneficios de Asistencia Médica 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 por causa justificada, usted deberá cumplir los requisitos de empleo y capacitación. También deberá cumplir los requisitos de reportes semestrales, a menos que determine que existe causa justificada.

DERECHO A RECIBIR UN CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITADA

Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si usted se inscribe en un plan de salud grupal que excluya el tratamiento para una enfermedad que ya tenía, se le puede acreditar el tiempo en el que recibió cobertura de 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 un hogar de ancianos/convalcientes, servicios en el hogar y en la comunidad a través de un programa de exención (en inglés, waiver) y cualquier otro servicio de medicamentos recetados y servicios hospitalarios, se le podrá exigir que reintegre el costo de dichos servicios con su patrimonio de sucesión. Si está solicitando asistencia en efectivo, 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 en efectivo, Asistencia Médica y/o SNAP, usted debe proporcionar el número de Seguro Social (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 en efectivo, podemos pedirle el SSN de cualquier persona cuyos ingresos o recursos pudieran afectar su elegibilidad o la cantidad de los beneficios. Su SSN será utilizado para verificar la identidad, para hacer comparaciones mediante programas de computadora a fin de verificar ingresos y recursos, así como para evitar la duplicación de beneficios estatales y federales. Si un extranjero solicita solamente 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 aprobación para recibir los beneficios, usted recibirá una tarjeta PA ACCESS que podrá ser usada solamente por la persona que es aprobada y únicamente durante el período de aprobación. Podrá usar la tarjeta solamente para aquellos servicios que sean necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Si cumple los requisitos para recibir los beneficios, deberá informar los cambios en su situación particular 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 tiene derecho. Si no informa los cambios según los lineamientos del programa, usted podría perder los beneficios, recibir sanciones o enfrentar acciones penales o civiles. Puede informarle los cambios a la CAO personalmente; por teléfono, fax o correo postal; o a través de su cuenta MyCOMPASS. 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 derecho y continúa su derecho a participar en el Programa SNAP. Verificaremos esta información usando programas de verificación por computadora. Esta información se usará también para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la administración del programa.

(ii) Esta información se divulgará a otras agencias federales y estatales para evaluación oficial, y a funcionarios de la policía para arrestar a personas que se dan a la fuga y huyen de la justicia.

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

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

Prohibiciones y penalizaciones Lea acerca de sus responsabilidades:

SI ESTO SUCEDE SIN CAUSA JUSTIFICADA		PUEDE PASAR ESTO (PENALIZACIÓN)
TODOS LOS BENEFICIOS SNAP ASISTENCIA EN EFECTIVO 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 brindar información que es falsa, incorrecta o incompleta, o no informar cambios.	Multa, descalificación y/o prisión por fraude a la asistencia pública, descalificación para procedimientos de audiencias administrativas. Se cancela su derecho para recibir asistencia en efectivo: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 6 meses. • Segunda vez: 12 meses. • Tercera vez: indefinidamente. Se cancela su derecho para recibir beneficios de SNAP: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 12 meses. • Segunda vez: 24 meses. • Tercera vez: indefinidamente.
	Canjear, vender o intentar comerciar, vender, comprar o usar la Tarjeta ACCESS de otra persona.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Todas las condenas judiciales: 12 meses.
SNAP	Usar indebidamente los beneficios de SNAP de manera deliberada, por ejemplo, canjear, vender o comprar Tarjetas de EBT o beneficios de SNAP; convertir los beneficios; o vaciar envases o recipientes comprados con beneficios de SNAP para cobrar el depósito reembolsable —o comprar artículos que no son cubiertos por SNAP, tales como alcohol o tabaco— o usar los beneficios de SNAP para pagar alimentos que ya se recibieron o comprar alimentos a crédito.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 12 meses. • Segunda vez: 24 meses. • Tercera vez: indefinidamente. • Primera condena judicial de más de \$500: indefinidamente.
	Comprar un producto con beneficios de SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles mediante la reventa del producto a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles.	
	Comprar intencionalmente productos que originalmente se compraron con beneficios de SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles.	
	Usar/recibir beneficios de SNAP para comprar drogas o sustancias controladas.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 24 meses. • Segunda vez: indefinidamente.
	Usar/recibir beneficios de SNAP en una venta de armas de fuego, municiones o explosivos.	Primera vez: no ser elegible indefinidamente.
	Ser sentenciado por comprar, vender o canjear beneficios de SNAP por un total de \$500 o más.	Se cancela su derecho indefinidamente.
	Mentir sobre su identidad o sobre el lugar donde vive para recibir más de un beneficio de SNAP.	Se cancela su derecho por 10 años.
ASISTENCIA EN EFECTIVO	Fugarse para evitar acciones legales, arresto o confinamiento por haber cometido un delito grave/tentativa de delito grave o violado la libertad bajo palabra o condicional.	Se cancela su derecho hasta que usted cumpla lo que exige la ley.
	No cumplir una penalidad impuesta por un tribunal, incluyendo el pago de multas, por un delito grave o infracción menor.	Se cancela su derecho hasta que usted cumpla la penalidad.
	Mentir sobre el lugar donde vive para recibir asistencia en efectivo en dos o más estados.	Se cancela su derecho por 10 años.
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 en Efectivo; • prisión hasta veinte años en el programa SNAP y hasta siete años en el programa de Asistencia en Efectivo; y/o • reintegrar los beneficios recibidos. • Descalificación para recibir beneficios por los períodos indicados arriba para cada programa.
REGLAS DE TRABAJO DEL PROGRAMA SNAP	En el caso de miembros del grupo familiar —que sean física y mentalmente aptos y tengan más de 15 y menos de 60 años de edad— que no estén exentos de otra manera o que tengan motivo suficiente.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: un mes y hasta que usted haga lo que corresponda. • Segunda vez: tres meses y hasta que usted haga lo que corresponda. • Tercera vez y subsiguientes: seis meses cada vez y hasta que usted haga lo que corresponda.
	Rehusarse a: <ul style="list-style-type: none"> • Aceptar un empleo. • Informarle a la CAO el estado laboral y la disponibilidad para el trabajo. 	
REGLAS DE TRABAJO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA EN EFECTIVO	No cumplir los requisitos de trabajo del programa de asistencia en efectivo, según está expresado en el Acuerdo de Responsabilidad Mutua (por sus siglas en inglés, AMR).	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera 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 activos (también llamados "recursos") 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, aún cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.
- Entiendo que la información ingresada en esta solicitud será confidencial y utilizada únicamente para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a informar, deberé hacerlo dentro de los 10 primeros días del mes posterior al mes en que se produzca el cambio.
 - Entiendo que 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 recurso 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 utilizar la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (por sus siglas en inglés, EBT) o la tarjeta PA ACCESS, únicamente durante el período en que soy elegible. Debo usar la tarjeta EBT o PA ACCESS únicamente para la persona que es aprobada y sólo puedo recibir los beneficios que sean necesarios y razonables.
- Entiendo que no puedo 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 falso testimonio.
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tenga una cláusula de condición preexistente, puedo obtener crédito por el período de tiempo en el que recibí Asistencia Médica.
- Entiendo que, si se determina que soy elegible para recibir Asistencia Médica, seré 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 en efectivo, cooperaré con los requisitos del programa de cumplimiento de manutención de menores, según lo indique el departamento. Le concedo al departamento y a la Sección de Relaciones Domésticas el derecho a conseguir y cobrar dinero en efectivo y/o ayuda médica para mí y las demás personas para quienes estoy presentando la solicitud.
- Entiendo que si informo y proporciono comprobantes de los gastos del grupo familiar, recibiré el monto máximo permitido de beneficios de SNAP (cupones para alimentos). No informar ni proporcionar comprobantes de los gastos del grupo familiar será considerado como declaración de que no quiero que me hagan una deducción por los gastos no informados o no probados. (Autoridad: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Servicio de Nutrición y Alimentos, región del Atlántico Medio, Nota administrativa 6-99, emitida el 4 de enero de 1999).
- Entiendo que tengo derecho a recibir crédito por los gastos del grupo familiar al momento en que los informe y proporcione los comprobantes correspondientes, en cualquier momento durante el período de mi certificación para el programa SNAP (cupones para alimentos).
- Entiendo que tengo derecho a pedir ayuda a la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) para conseguir comprobantes de los gastos, y que la CAO puede contactar a otras personas para confirmar si estoy teniendo inconvenientes para obtener alguno de los comprobantes.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no reúnen los requisitos para recibir Asistencia Médica, es posible que sean aprobados para el programa CHIP. En ese caso, autorizo al Departamento de Servicios Humanos a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor del programa CHIP.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no cumplen con los requisitos para participar en el programa de Asistencia Médica, es posible que sean aprobados para recibir beneficios federales o para consultar las opciones de asistencia de salud privada a través del Mercado de seguros médicos. En ese caso, autorizo al departamento a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Mercado de seguros médicos.
- Renovación de la cobertura en años futuros:** Para facilitar la determinación de mi derecho para recibir ayuda para la cobertura médica en el futuro, acepto permitir que el Mercado de Seguros Médicos use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado de Seguros Médicos me enviará una notificación, me permitirá hacer los cambios necesarios y yo podré dejar de participar en cualquier momento.

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

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

X

Firma del solicitante o representante autorizado

Fecha

IMPORTANTE: Si su hogar es elegible para SNAP/LIHEAP, usted puede recibir un formulario de consentimiento Fast Track por correo postal, el cual podría 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 CAO	I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.	
	_____ CAO Signature	_____ Date

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

Cobertura de salud de empleo(s)

Proporcione información sobre el trabajo que ofrece la cobertura. NO es necesario que responda estas preguntas a menos que alguno de los miembros del grupo familiar sea elegible para recibir cobertura de salud de un trabajo. **No necesita llenar este anexo si está solicitando solo 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 A.

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

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO		
Nombre completo del empleado (nombre, segundo nombre, apellido):		Número de seguro social:
INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR		
Nombre del empleador:		Número de Identificación Patronal (EIN):
Dirección del empleador (incluya calle, número, ciudad, estado y código postal+4):		Número de teléfono del empleador: ()
¿A quién podemos contactar para obtener información sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo? 	Número de teléfono (si difiere del anterior): ()	Dirección de correo electrónico:
¿El empleado es actualmente elegible para recibir la cobertura que ofrece este empleador? ¿O será elegible dentro de los próximos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí (continuar) Si el empleado no es elegible hoy, por ej. como resultado del período de prueba o espera, ¿cuándo será elegible para recibir cobertura? _____ <input type="checkbox"/> No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)		
Proporcione información sobre el plan de salud ofrecido por este empleador . ¿El plan de salud que ofrece el empleador cubre al cónyuge o dependiente(s) del empleado? <input type="checkbox"/> Sí. ¿A quiénes?: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente(s) <input type="checkbox"/> No (Vaya a la siguiente pregunta)		
¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple el estándar de valor mínimo		<input type="checkbox"/> Sí (vaya a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)
Para el plan de costo más bajo que cumpla el estándar de valor mínimo* ofrecido solamente al empleado (no incluye planes familiares): si el empleador tiene programas para promover el bienestar, indique la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas para promover el bienestar. ¿Cuánto deberá pagar el empleado en concepto de primas por este plan? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual		
Si su plan está por terminar pronto y sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, vaya a la siguiente pregunta. Si desconoce esto, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.		
¿Qué cambio(s) hará el empleador para el nuevo año del plan? <input type="checkbox"/> El empleador no ofrecerá cobertura de salud. <input type="checkbox"/> El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de costo más bajo disponible solamente para aquellos empleados que cumplan el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento de los programas para promover el bienestar. Ver la pregunta anterior). ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en concepto de primas por este plan? _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual Fecha del cambio: (mm/dd/aaaa) _____		

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



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>.

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 enlace 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).

USDA es un proveedor y empleador de oportunidades igualitarias.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

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

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

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

DERECHO DE APELACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia del Departamento de 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 POR CAUSA JUSTIFICADA

Si usted solicita beneficios de Asistencia Médica 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 por causa justificada, usted deberá cumplir los requisitos de empleo y capacitación. También deberá cumplir los requisitos de reportes semestrales, a menos que determine que existe causa justificada.

DERECHO A RECIBIR UN CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITADA

Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si usted se inscribe en un plan de salud grupal que excluya el tratamiento para una enfermedad que ya tenía, se le puede acreditar el tiempo en el que recibió cobertura de 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 un hogar de ancianos/convalcientes, servicios en el hogar y en la comunidad a través de un programa de exención (en inglés, waiver) y cualquier otro servicio de medicamentos recetados y servicios hospitalarios, se le podrá exigir que reintegre el costo de dichos servicios con su patrimonio de sucesión. Si está solicitando asistencia en efectivo, 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 en efectivo, Asistencia Médica y/o SNAP, usted debe proporcionar el número de Seguro Social (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 en efectivo, podemos pedirle el SSN de cualquier persona cuyos ingresos o recursos pudieran afectar su elegibilidad o la cantidad de los beneficios. Su SSN será utilizado para verificar la identidad, para hacer comparaciones mediante programas de computadora a fin de verificar ingresos y recursos, así como para evitar la duplicación de beneficios estatales y federales. Si un extranjero solicita solamente 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 aprobación para recibir los beneficios, usted recibirá una tarjeta PA ACCESS que podrá ser usada solamente por la persona que es aprobada y únicamente durante el período de aprobación. Podrá usar la tarjeta solamente para aquellos servicios que sean necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Si cumple los requisitos para recibir los beneficios, deberá informar los cambios en su situación particular 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 tiene derecho. Si no informa los cambios según los lineamientos del programa, usted podría perder los beneficios, recibir sanciones o enfrentar acciones penales o civiles. Puede informarle los cambios a la CAO personalmente; por teléfono, fax o correo postal; o a través de su cuenta MyCOMPASS. 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 derecho y continúa su derecho a participar en el Programa SNAP. Verificaremos esta información usando programas de verificación por computadora. Esta información se usará también para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la administración del programa.

(ii) Esta información se divulgará a otras agencias federales y estatales para evaluación oficial, y a funcionarios de la policía para arrestar a personas que se dan a la fuga y huyen de la justicia.

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

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

Prohibiciones y penalizaciones Lea acerca de sus responsabilidades:

SI ESTO SUCEDE SIN CAUSA JUSTIFICADA		PUEDE PASAR ESTO (PENALIZACIÓN)
TODOS LOS BENEFICIOS SNAP ASISTENCIA EN EFECTIVO 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 brindar información que es falsa, incorrecta o incompleta, o no informar cambios.	Multa, descalificación y/o prisión por fraude a la asistencia pública, descalificación para procedimientos de audiencias administrativas. Se cancela su derecho para recibir asistencia en efectivo: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 6 meses. • Segunda vez: 12 meses. • Tercera vez: indefinidamente. Se cancela su derecho para recibir beneficios de SNAP: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 12 meses. • Segunda vez: 24 meses. • Tercera vez: indefinidamente.
	Canjear, vender o intentar comerciar, vender, comprar o usar la Tarjeta ACCESS de otra persona.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Todas las condenas judiciales: 12 meses.
SNAP	Usar indebidamente los beneficios de SNAP de manera deliberada, por ejemplo, canjear, vender o comprar Tarjetas de EBT o beneficios de SNAP; convertir los beneficios; o vaciar envases o recipientes comprados con beneficios de SNAP para cobrar el depósito reembolsable —o comprar artículos que no son cubiertos por SNAP, tales como alcohol o tabaco— o usar los beneficios de SNAP para pagar alimentos que ya se recibieron o comprar alimentos a crédito.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 12 meses. • Segunda vez: 24 meses. • Tercera vez: indefinidamente. • Primera condena judicial de más de \$500: indefinidamente.
	Comprar un producto con beneficios de SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles mediante la reventa del producto a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles.	
	Comprar intencionalmente productos que originalmente se compraron con beneficios de SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles.	
	Usar/recibir beneficios de SNAP para comprar drogas o sustancias controladas.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 24 meses. • Segunda vez: indefinidamente.
	Usar/recibir beneficios de SNAP en una venta de armas de fuego, municiones o explosivos.	Primera vez: no ser elegible indefinidamente.
	Ser sentenciado por comprar, vender o canjear beneficios de SNAP por un total de \$500 o más.	Se cancela su derecho indefinidamente.
	Mentir sobre su identidad o sobre el lugar donde vive para recibir más de un beneficio de SNAP.	Se cancela su derecho por 10 años.
ASISTENCIA EN EFECTIVO	Fugarse para evitar acciones legales, arresto o confinamiento por haber cometido un delito grave/tentativa de delito grave o violado la libertad bajo palabra o condicional.	Se cancela su derecho hasta que usted cumpla lo que exige la ley.
	No cumplir una penalidad impuesta por un tribunal, incluyendo el pago de multas, por un delito grave o infracción menor.	Se cancela su derecho hasta que usted cumpla la penalidad.
	Mentir sobre el lugar donde vive para recibir asistencia en efectivo en dos o más estados.	Se cancela su derecho por 10 años.
Fugarse para evitar acciones legales, arresto o confinamiento por haber cometido un delito grave/tentativa de delito grave; no comparecer como acusado en un caso penal cuando tiene una citación o una orden de detención o arresto por un delito penado con multa, 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 en Efectivo; • prisión hasta veinte años en el programa SNAP y hasta siete años en el programa de Asistencia en Efectivo; y/o • reintegrar los beneficios recibidos. • Descalificación para recibir beneficios por los períodos indicados arriba para cada programa.
REGLAS DE TRABAJO DEL PROGRAMA SNAP	En el caso de miembros del grupo familiar —que sean física y mentalmente aptos y tengan más de 15 y menos de 60 años de edad— que no estén exentos de otra manera o que tengan motivo suficiente.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: un mes y hasta que usted haga lo que corresponda. • Segunda vez: tres meses y hasta que usted haga lo que corresponda. • Tercera vez y subsiguientes: seis meses cada vez y hasta que usted haga lo que corresponda.
	Rehusarse a: <ul style="list-style-type: none"> • Aceptar un empleo. • Informarle a la CAO el estado laboral y la disponibilidad para el trabajo. 	
REGLAS DE TRABAJO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA EN EFECTIVO	No cumplir los requisitos de trabajo del programa de asistencia en efectivo, según está expresado en el Acuerdo de Responsabilidad Mutua (por sus siglas en inglés, AMR).	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera 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 activos (también llamados "recursos") 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, aún cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.
- Entiendo que la información ingresada en esta solicitud será confidencial y utilizada únicamente para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a informar, deberé hacerlo dentro de los 10 primeros días del mes posterior al mes en que se produzca el cambio.
 - Entiendo que 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 recurso 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 utilizar la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (por sus siglas en inglés, EBT) o la tarjeta PA ACCESS, únicamente durante el período en que soy elegible. Debo usar la tarjeta EBT o PA ACCESS únicamente para la persona que es aprobada y sólo puedo recibir los beneficios que sean necesarios y razonables.
- Entiendo que no puedo 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 falso testimonio.
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tenga una cláusula de condición preexistente, puedo obtener crédito por el período de tiempo en el que recibí Asistencia Médica.
- 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 en efectivo, cooperaré con los requisitos del programa de cumplimiento de manutención de menores, según lo indique el departamento. Le concedo al departamento y a la Sección de Relaciones Domésticas el derecho a conseguir y cobrar dinero en efectivo y/o ayuda médica para mí y las demás personas para quienes estoy presentando la solicitud.
- Entiendo que si informo y proporciono comprobantes de los gastos del grupo familiar, recibiré el monto máximo permitido de beneficios de SNAP (cupones para alimentos). No informar ni proporcionar comprobantes de los gastos del grupo familiar será considerado como declaración de que no quiero que me hagan una deducción por los gastos no informados o no probados. (Autoridad: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Servicio de Nutrición y Alimentos, región del Atlántico Medio, Nota administrativa 6-99, emitida el 4 de enero de 1999).
- Entiendo que tengo derecho a recibir crédito por los gastos del grupo familiar al momento en que los informe y proporcione los comprobantes correspondientes, en cualquier momento durante el período de mi certificación para el programa SNAP (cupones para alimentos).
- Entiendo que tengo derecho a pedir ayuda a la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) para conseguir comprobantes de los gastos, y que la CAO puede contactar a otras personas para confirmar si estoy teniendo inconvenientes para obtener alguno de los comprobantes.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no reúnen los requisitos para recibir Asistencia Médica, es posible que sean aprobados para el programa CHIP. En ese caso, autorizo al Departamento de Servicios Humanos a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor del programa CHIP.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no cumplen con los requisitos para participar en el programa de Asistencia Médica, es posible que sean aprobados para recibir beneficios federales o para consultar las opciones de asistencia de salud privada a través del Mercado de seguros médicos. En ese caso, autorizo al departamento a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Mercado de seguros médicos.
- **Renovación de la cobertura en años futuros:** Para facilitar la determinación de mi derecho para recibir ayuda para la cobertura médica en el futuro, acepto permitir que el Mercado de Seguros Médicos use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado de Seguros Médicos me enviará una notificación, me permitirá hacer los cambios necesarios y yo podré dejar de participar en cualquier momento.

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

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

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: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។
ចុះ 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)



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES