

Solicitud de asistencia de emergencia para familias

Tenga en cuenta lo siguiente: Si necesita asistencia monetaria, atención médica o beneficios del Programa de asistencia nutricional suplementaria, debe completar la solicitud de beneficios de Pennsylvania.

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

这是一份现金福利申请表。如果您需要其他语言版本的申请表或需要人员翻译该申请表,请联系当地的县援助办公室。您将免费获得语言协助。

Đây là đơn xin hưởng các khoản tiền phúc lợi. Nếu bạn cần đơn này bằng ngôn ngữ khác hay cần người dịch thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận tại địa phương mình. Hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

នេះគឺជាពាក្យសស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការដាក់ពាក្យជាភាសា ផ្សេងឬអ្នកប្រកប្រែ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក ។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយ បកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ។ هذا تطبيق مخصص للمستحقات النقدية. إذا كنت تريد تصفح هذا التطبيق بلغة أخرى أو كنت تريد مترجماً، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلى التابع للمقاطعة الخاصة بك. وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجانًا.

В этом приложении будут содержаться все данные о ваших денежных пособиях. Если вы хотите переключить язык приложения или вам требуются услуги перевода, обратитесь в окружное отделение социальной помощи. Такие услуги предоставляются бесплатно.

Instrucciones

Le pedimos que lea todo el formulario.

Si necesita ayuda, otra persona puede ayudarlo o puede obtener ayuda de la oficina de asistencia de su condado.

Lea todas las preguntas y proporcione una respuesta, a menos que las instrucciones indiquen que puede elegir no responder.

Usted o cualquier representante que usted elija puede completar esta solicitud. Su representante puede ser su cónyuge, un amigo, un familiar o una persona que tenga su poder notarial. Debe ser alguien que conozca y pueda proporcionar información sobre sus ingresos y recursos.

Después de completar el formulario, envíelo por correo a la oficina de asistencia del condado, a menos que se indique lo contrario.

Necesitará una prueba de identidad y una verificación de cualquier otra información incluida en el formulario, a menos que ya tengamos la información en nuestros registros.

Si necesita ayuda para obtener información, solicítela a la oficina de asistencia del condado. Debe adjuntar la verificación a este formulario.

- 1. ¿Está embarazada o tiene un menor de 18 años que esté relacionado con usted y viviendo en su casa?
- 2. ¿Tenía un empleo activo al 11 de marzo de 2020 y experimentó una pérdida temporal de ingresos o reducción de horas de, al menos, el 50 % debido a la COVID-19?
- 3. ¿Los recursos actuales disponibles en su cuenta de cheques o de ahorros son menores que \$1000.00?
- 4. ¿Puede verificar la pérdida o la reducción del empleo mediante talones de pago o una carta de su empleador?
- 5. ¿Puede verificar los recursos disponibles mediante el saldo de su cuenta?

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

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

Para uso exclusivo de la CAO						
APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER	DATE STAMP	

Página 1 PA 600 ECA-S 5/20

Si usted o sus hijos son o han sido víctimas de violencia doméstica, o están en riesgo de sufrir más violencia, y desea obtener más información sobre intervención en crisis, asesoramiento, acompañamiento a la policía, centros médicos y de administración de justicia, refugio temporal y programas de prevención y educación, puede llamar a

Coalición de Pennsylvania contra la Violencia Doméstica

1-800-932-4632 (en PA)

303-839-1852 (Nacional)

¿Preguntas?

Llame a su oficina de asistencia del condado (CAO, por sus siglas en inglés) o a nuestro CENTRO DE SERVICIO AL CLIENTE al **1-877-395-8930.** En Philadelphia, llame al **1-215-560-7226.** Estamos aquí para ayudarlo. Llame de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Hay servicios de dispositivos de telecomunicación para sordos (TDD) disponibles llamando al Servicio de Retransmisión de Pennsylvania al **711.**



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

Entiendo que estoy solicitando la Asistencia de emergencia. Esta solicitud se debe a la pérdida temporal de ingresos o la reducción de horas de al menos el 50 % debido a la epidemia actual del coronavirus (COVID-19).

Entiendo que, a fin de solicitar esta asistencia, tengo que cumplir con los siguientes requisitos:

- Debo tener un menor de 18 años o estar embarazada (la verificación de embarazo se debe proporcionar si no hay ningún menor de 18 años en la casa).
- Debo haber tenido un empleo activo al 11 de marzo de 2020 y haber experimentado una reducción de horas de, al menos, el 50 % o pérdida del empleo.
- Debo proporcionar una verificación de los recursos disponibles (en mi cuenta de cheques o ahorros). La verificación de recursos incluye, entre otras cosas, los estados de cuenta bancarios.
- Debo proporcionar una verificación de la reducción temporal de horas en el empleo o de la pérdida temporal del empleo. La verificación de ingresos incluye, entre otras cosas, talones de pago, declaraciones del empleador y avisos de aprobación de compensación por desempleo. Los talones de pago y las declaraciones del empleador deben incluir 2 semanas de ingresos antes de la pérdida del empleo o la reducción de horas.
- El empleo autónomo se debe verificar mediante la última declaración de impuestos que se presentó u otra documentación relacionada con la reducción o la pérdida de ingresos.
- Entiendo que esta solicitud será rechazada si no presento verificaciones válidas.

Información sobre us	ed, el solicitant	e: Es po	osible que	necesitemos (contactarl	0.
Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.)					Núme	ro de Seguro Social:
D: ./ !: /:						
Dirección particular (incluya calle, núm. de ap	artamento, ciudad, estado y codi	igo postal+	-4):			
Fecha de nacimiento (MM/DD/ Sexo AAAA):	Núm. de ID estatal o licencia de tor:	e conduc-	Estado civil	Soltero Divorciado		parado Casado udo
Número de teléfono: Tipo o	de teléfono:		Segundo númer	o de teléfono:	Tipo de tel	éfono:
() □ [⊤]	eléfono particular		()		☐ Teléfo	ono particular
` ´	eléfono del trabajo 🔲 Celul	lar	,		☐ Teléfo	ono del trabajo 🔲 Celular
¿Está embarazada? Si la respuest	a es Sí, ¿cuál es la fecha de parto)?		¿Es usted ciudad	ano o naciona	l de los EE. UU.?
□Sí □No				☐Sí ☐No		
O' dotted no to thadded no t		Si la respues		Tipo de document	:0:	Número de documento de identificación:
nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas: elegible			o de documento identificación:			
RAZA (opcional) Negro o	afroamericano Asiáti	ico	П	Nativo de Hawái o d	de las Islas del	l Pacífico
(Marque todo lo que corresponda)	orteamericano o nativo de Alaska	a		Blanco	Otra	
GRUPO ÉTNICO (opcional) Hispano	o latino No hisp	pano/latino)			
Firme aquí:						
^						
	u firma o la firma de su represent	tante				Fecha

PA 600 ECA-S 5/20 Página 2

Cuéntenos acerca de las personas en su hogar:

Necesitamos reunir información sobre todas las personas que viven en su misma dirección, incluso si dichas personas no están solicitando beneficios.

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

Persona 2								CAO Use Only Line #	:
Nombre completo (incluya el no	mbre, la	inicial del segun	do nombre, el a	pellido, sufijo-Jr./Sr./etc.)		Número de Se	eguro Social:	¿Usted está soli <u>cit</u> ando	
								esta persona? Sí	No
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAA	AA): S	exo	Núm. de ID esta	atal o licencia de conducto	r:	Estado	Soltero	Separado	Casado
						civil	Divorciado	☐ Viudo	_
0 / 1 :/		По				¬,		¿Esta persona vive con	usted?
¿Qué relación o parentesco con usted esta persona?	tiene	Cónyuge	e ∐Hijo	Hijastro	L	Sin relaci	ón o parentesco	∏Sí ∏No	
·		U Otra	6′ ′′				le		FF 11112
¿Esta persona está embarazada?	?	Si la respuesta	i es Si, ¿cual es l	a fecha de parto?			ı <u> </u>	udadana o nacional de lo	os EE. UU.?
☐Sí ☐No							☐Sí ☐No		
Si usted no es ciudadano o	Τs	iene esta person		Si la respuesta es Sí,	ingre	ese Tipo de d	ocumento:	Número de documento	de identificación:
nacional de los EE. UU., responda		ndición o estatus	ш~.	el tipo de documento					
las siguientes preguntas:	ını	migración elegibl	.e?	número de identificaci	ion:				
RAZA (opcional) (Marque todo lo que	Ne	gro o afroamerica	ano 🔲 A	siático		Nativo de Ha	wái o de las Islas del	Pacífico	
corresponda)	■Nat	ivo norteamerica	no o nativo de A	laska		Blanco	Otra		
GRUPO ÉTNICO (opcional)	Пніс	pano o latino	No hispar	no/latino					
(1 /		pario o tatino	ive mapar						
Persona 3								CAO Use Only Line #	:
Nombre completo (incluya el no	mbre. la	inicial del segun	do nombre, el ai	pellido, sufijo-]r./Sr./etc.)		Número de Se	eguro Social:	¿Usted está solicitando	beneficios para
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	,			, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				esta persona? Sí	
			T						
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAA	AA): S	exo	Núm. de ID esta	atal o licencia de conducto	r:	Estado	Soltero	Separado	Casado
		□M □F				civil	Divorciado	☐ Viudo	
¿Qué relación o parentesco	tiono	Cónyuge	Hijo	Hijastro	Г	Sin relaci	ón o parentesco	¿Esta persona vive con	usted?
con usted esta persona?	tierie	Otra	: <u> </u>	Пілазію		Siii letaci	on o parentesco	∏Sí ∏No	
¿Esta persona está embarazada?	2		os Sí reuál os l	a fecha de parto?			:Esta porsona os si	udadana o nacional de lo	oc EE 11112
	•	Si ta respuesta	i es si, ¿cuat es t	a recha de parto:			I <u> </u>	adadana o nacional de lo	35 LL. 00.:
∐Sí ∐No							Sí No		
Si usted no es ciudadano o	_	iene esta person		Si la respuesta es Sí,	_	ese Tipo de d	ocumento:	Número de documento	de identificación:
nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:		ndición o estatus nigración elegibl		el tipo de documento número de identificaci	,				
					_	•			
RAZA (opcional) (Marque todo lo que		gro o afroamerica	_	siático	Ļ	-	wái o de las Islas del	Pacífico	
corresponda)	Nat	tivo norteamerica	ano o nativo de A	llaska	L	Blanco	Otra		
GRUPO ÉTNICO (opcional)	His	pano o latino	No hispar	no/latino					
Persona 4								CAO Use Only Line #	:
Nombre completo (incluya el no	mbre, la	inicial del segun	do nombre, el ap	pellido, sufijo-Jr./Sr./etc.)		Número de Se	eguro Social:	¿Usted está soli <u>cit</u> ando	beneficios para
								esta persona? Sí	□No
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAA	١٨١٠	exo	Núm do ID ostr	atal o licencia de conducto	۳.	1		<u> </u>	
Techa de hacimiento (Mingod) AAA	٠٨). ا		Num. de 1D esta	stat o ticericia de conducto	".	Estado	Soltero	Separado	Casado
		□M □F				civil	Divorciado	☐ Viudo	
¿Qué relación o parentesco	tiene	Cónyuge	e Π Hijo	Hijastro	Г	Sin relaci	ón o parentesco	¿Esta persona vive con	usted?
con usted esta persona?		Otra						☐ Sí ☐ No	
¿Esta persona está embarazada?	?		a es Sí, ¿cuál es l	a fecha de parto?			¿Esta persona es ci	udadana o nacional de lo	s EE. UU.?
∏Sí ∏No			, 0				∏Sí ∏No		
Si usted no es ciudadano o		iene esta person	_	Si la respuesta es Sí,	_	ese Tipo de d	ocumento:	Número de documento	de identificación:
nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:		ndición o estatus migración elegibl	ш~.	el tipo de documento número de identificaci					
					_	1			
RAZA (opcional) (Marque todo lo que	=	gro o afroamerica	_	siático	⊨	-	wái o de las Islas del	Pacífico	
corresponda)	∐ Nat	tivo norteamerica	ano o nativo de A	llaska	L	Blanco	Otra		
GRUPO ÉTNICO (opcional)	His	pano o latino	No hispar	no/latino					
Para incluir 5 pers	onas	o más: Adiu	nte más hoi	as si es necesario)				

Página 3 PA 600 ECA-S 5/20

Recursos:				
Proporciónenos información sobre los re	ecursos, tales como: • Cuenta(s) de ahorros •	Cuenta(s) corriente	
Liste cada recurso por separado:				
Nombre de la persona que tiene el recurso:	Tipo de recurso:	¿Qué valor tiene?	¿Dónde está este recurso/número o	de cuenta?
	Cuenta de ahorros			
	Cuenta corriente			
Nombre de la persona que tiene el recurso:	Tipo de recurso:	¿Qué valor tiene?	¿Dónde está este recurso/número o	de cuenta?
	Cuenta de ahorros			
	Cuenta corriente			
Nombre de la persona que tiene el recurso:	Tipo de recurso:	¿Qué valor tiene?	¿Dónde está este recurso/número o	de cuenta?
	Cuenta de ahorros		,	
	Cuenta corriente			
Nombre de la persona que tiene el recurso:	Tipo de recurso:	¿Qué valor tiene?	¿Dónde está este recurso/número o	de cuenta?
Nombre de la persona que tiene et recurso.	Cuenta de ahorros	¿que vator tierie.	ZDonac esta este recurso/namero e	ic cacina.
	Cuenta corriente			
F (
Empleo u otro ingreso:	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	Empl	landor	Fooba
T] Sí Sí ta respuesta es Sí, ¿quien?	Етрі	leador:	Fecha:
tenido una reducción de noras, por lo menos.	Sí la respuesta es Sí, ¿quién? No	Empl	leador:	Fecha:
¿La reducción de horas o la pérdida de empleo	se debió a la COVID-19?	Sí No		
¿Alguna persona ha solicitado o está recibiend suplementario, jubilación o seguro de discapad		ruridad de ingreso	☐ Sí ☐ No	
Consulta de antecedentes	nenales			
Responda las siguientes preguntas en rela	·	na nara la que est	té solicitando beneficios:	
¿A alguien se le ha expedido una citación o una como acusado en un caso de un juzgado en lo p	orden judicial para comparecer	Sí No	Si la respuesta es Sí, ¿quién?	
¿Alguien debe alguna multa, costo o restitución menor?	Si la respuesta es Sí, ¿quién?			
In	scripción de elec	tores (opc	rional)	
Si no está inscrito para votar en el lugar dor SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSI				y?□Sí □No
Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo m como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELE				
Solicitar la inscripción o negarse a inscribir para completar el formulario de solicitud de ir formulario de solicitud en privado. Comuníqu derecho a inscribirse para votar o a rechazar la votar, o su derecho a elegir su propio partido of the Commonwealth, PA, I	nscripción de electores, podemos ayu lese con la oficina de asistencia del c inscripción para votar, su derecho a	idarle. La decisión de condado si desea ayu la privacidad para de sted puede presentar	e buscar o aceptar ayuda es suya. Pue Ida. Si cree que alguna persona ha int ecidir si se inscribe o para solicitar la r una queja ante la Secretaría de Esta	de completar el erferido con su inscripción para
EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTEN	CIA DEL CONDADO COMPLETARÁ	A ESTA SECCIÓN SE	EGÚN LO QUE USTED HAYA RESPO	NDIDO ARRIBA
Given to Client/_/_ Declined, not interested/_/_	Sent to voter registrat Not a U.S. citizen		Mailed to Client/	

PA 600 ECA-S 5/20 Página 4

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:

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

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

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

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

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

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

DERECHO DE APELACIÓN

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

DERECHO A PRESENTAR UNA PETICIÓN DE MOTIVO SUFICIENTE

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

DERECHO A RECIBIR UN CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE

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

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

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

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

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

RESPONSABILIDAD DE USAR LA TARJETA PA ACCESS DE MANERA LEGAL

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

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

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

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

- (i) La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social (SSN) de cada uno de los miembros del grupo familiar, está autorizada de conformidad la Ley de Alimentación y Nutrición (en inglés, Food and Nutrition Act) de 2008, según se enmienda en el Título 7 del U.S.C. 2011-2036d. La información se usará para determinar si su grupo familiar tiene este derecho y continúa teniéndolo para participar en el Programa SNAP. Verificaremos esta información usando programas de verificación por computadora. Esta información se usará también para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la administración del programa.
- (ii) Esta información se divulgará a otras agencias federales y estatales para evaluación oficial, y a funcionarios de la policía para arrestar a personas fugitivas de la ley.
- (iii) Si se presenta una reclamación de SNAP contra su grupo familiar, es posible que la información contenida en esta solicitud, incluyendo todos los SSN, se envíe a las agencias federales y estatales, así como a agencias de cobranza privadas, para procesos de cobro por reclamaciones.
- (iv) Proporcionar la información solicitada, incluso el SSN de cada uno de los miembros del grupo familiar, es voluntario. Sin embargo, si no se proporciona un SSN, esto podría resultar en la denegación de los beneficios de SNAP a cada una de las personas que no lo proporcionen. Todos los SSN proporcionados se usarán y divulgarán de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del grupo familiar.

Página 5 PA 600 ECA-S 5/20

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 alegibilidad y el pival de beneficios de mis familia. elegibilidad y el nivel de beneficios de mi familia
- Entiendo que, al firmar esta solicitud, autorizo a cualquier institución financiera a divulgar, a través de medios electrónicos o cualquier otro medio, toda la información financiera que posee dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o a su agente designado o contratista con la finalidad de identificar y verificar los recursos (también llamados "activos") cuando sea necesario para determinar y redeterminar la elegibilidad para Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información relevante solicitada o recibida de la institución financiera, incluidas otras transacciones realizadas por la institución financiera con respecto a la cuenta o activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que la elegibilidad de Asistencia Médica sea denegada o termine, o si decido revocarla por notificación escrita al departamento, lo que suceda primero. Entiendo que, si revoco esta autorización, esto puede hacer que mi familia o yo dejemos de ser elegibles para Asistencia Médica.
- Entiendo que, si malinterpreto, oculto o retengo hechos que pueden afectar mi elegibilidad para beneficios, se me puede exigir que pague mis beneficios y puedo ser procesado y descalificado de recibir algunos beneficios en el futuro.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo
- Entiendo que la información que declaro en este solicitud tendrá carácter confidencial y únicamente se usará para administrar beneficios. Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para propósitos de definir la elegibilidad.
- Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a informar, deberé hacerlo dentro de los 10 primeros días del mes posterior al mes en que se produzca el cambio.
 - Entiendo que mi hogar puede perder los beneficios de SNAP si uno de sus miembros recibe ganancias de la lotería o de juegos de azar iguales o superiores al límite del recursos de SNAP para hogares que tienen una persona de la tercera edad o con una discapacidad.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito donde se expliquen los beneficios. Si se deniegan, cambian, suspenden o interrumpen los beneficios, la notificación por escrito explicará los motivos.
- Entiendo que tendré 30 días (90 días para los beneficios del programa SNAP [cupones para alimentos]) desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada con respecto a esta solicitud.

S

DEL CONDADO

- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de perjurio
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tenga una cláusula de condición preexistente, puedo obtener crédito por el período en el que recibí Asistencia Médica
- Entiendo que, si se determina que soy elegible para recibir Asistencia Médica, 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 monetaria, cooperaré con los requisitos del programa de cumplimiento de manutención de menores, según lo indique el departamento. Le concedo al departamento y a la Sección de Relaciones Domésticas el derecho a conseguir y cobrar dinero en efectivo y/o ayuda médica para mí y las demás personas para quienes estoy presentando la solicitud.
- Entiendo que si informo y proporciono comprobantes de los gastos del grupo familiar, recibiré el monto máximo permitido de beneficios de SNAP (cupones para alimentos). No informar ni proporcionar comprobantes de los gastos del grupo familiar será considerado como declaración de que no quiere que se le haga deducción de los gastos no informados o no comprobados. (Autoridad: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Servicio de Nutrición y Alimentos, región del Atlántico Medio, Aviso Administrativo 6-99, emitido el 4 de
- Entiendo que tengo derecho a recibir crédito por los gastos del grupo familiar al momento en que los informe y proporcione los comprobantes correspondientes, en cualquier momento durante el período de mi certificación para el programa SNAP (cupones para alimentos).
- Entiendo que tengo derecho a pedir ayuda a la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) para conseguir comprobantes de los gastos, y que la CAO puede contactar a otras personas para confirmar si estoy teniendo inconvenientes para obtener alguno de los comprobantes
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no califican para Asistencia Médica, podrán ser elegibles para CHIP. De ser así, autorizo al Departamento de Servicios Humanos divulgar mi nombre e información qu aparecen en esta solicitud al departamento de seguros o al contratista CHIP.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no califican para Asistencia Médica, podrán ser elegibles para beneficios federales y/o investiguen opciones de atención de salud particular a través del Mercado de Seguro de Salud. De ser así, autorizo al departamento divulgar mi nombre e información que aparecen en esta solicitud al Mercado.
- Renovación de la cobertura en años futuros: Para facilitar la determinación de mi derecho para recibir ayuda para la cobertura médica en el futuro, acepto permitir que el Mercado de Seguros Médicos use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado de seguros médicos me enviará una potificación, me permitirá hacer los cambios peresarios y vo podr

Date

Entiendo que mi situa fuentes financieras y t	ción está sujeta a verificación por p terceros.	parte de empleadores,	dejar de participar en cualquier momento.	33 .
o solicitar uno si no lo información ingresad: Entiendo que debo us PA ACCESS únicamer EBT o PA ACCESS úni los beneficios necesar Entiendo que no pued emitidos a través de n tiendas de licores, cas clugares de entretenim Entiendo que no tengo persona que no esté s	ar la tarjeta Transferencia Electrón: nte durante el período correspondie icamente para la persona elegible y rios y razonables. lo utilizar los fondos de Asistencia o ni tarjeta PA ACCESS para realizar i sinos (casinos de apuestas, estable:	izado para verificar la ica de Beneficios (EBT) o onte. Debo utilizar la tarjeta puedo obtener únicamente con dinero en efectivo transacciones EBT en cimientos de juegos), o eguro Social de ninguna no su número de Seguro	Sí, acepto que se renueve mi elegibilidad au (marque una opción): Cinco años (el número máximo de años Cuatro años Tres años Dos años Un año No deseo que se utilice mi información o renovar mi cobertura.	permitidos)
	Firma del solicitante o represent	ante autorizado	Fec	ha
Nombre del rep	presentante autorizado	Dirección del 1	representante autorizado	Número de teléfono
OFICINA DE ASISTENCIA	I have explained to the app	licant her or his rights and res	ponsibilities.	

CAO Signature

PA 600 ECA-S 5/20 Página 6

Prohibiciones y penalizaciones Lea acerca de sus responsabilidades:						
	SI ESTO SUCEDE SIN CAUSA JUSTIFICADA	PUEDE PASAR ESTO (PENALIZACION)				
	Usar indebidamente la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o la tarjeta PA ACCESS.	Multa, prisión o ambas.				
	Deliberadamente proporcionar información que es falsa, incorrecta o incompleta, o no infor-	Multa, descalificación y/o prisión por fraude a la asistencia pública, descalificación para procedimientos de audiencias administrativas.				
	mar cambios.	Se cancela su derecho para recibir asistencia monetaria: Primera vez: 6 meses. Segunda vez: 12 meses. Tercera vez: indefinidamente.				
ASISTENCIA MONETARIA	Comercializar, vender o intentar comercializar, vender o utilizar la tarjeta ACCESS de otra persona.	Se cancela su derecho: Todas las condenas judiciales: 12 meses.				
	No cumplir una penalización impuesta por un tribunal, incluyendo el pago de multas, por un delito grave o infracción menor.	No será elegible hasta haber cumplido la penalización.				
	Mentir sobre el lugar donde vive para recibir asistencia monetaria en dos o más estados.	No será elegible durante 10 años.				
	Fugarse para evitar acciones legales, arresto o encarcelamiento por haber cometido un delito grave/tentativa de delito grave; no comparecer como acusado en un caso penal cuando tiene una citación o una orden de detención o arresto por un delito sumario, un delito grave o una infracción menor; darse a la fuga por haber violado la libertad bajo palabra o condicional; o tener una orden de arresto en su contra.	Se cancela su derecho hasta que usted cumpla lo que exige la ley.				
Si lo declaran culpable de fraude o de violar las reglas antes mencionadas:		 Multa de hasta \$15,000; Prisión durante un máximo de siete años y/o Reintegrar los beneficios recibidos. Descalificación para recibir beneficios por los períodos indicados arriba para cada programa. 				

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:

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

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

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

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

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

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

DERECHO DE APELACIÓN

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

DERECHO A PRESENTAR UNA PETICIÓN DE MOTIVO SUFICIENTE

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

DERECHO A RECIBIR UN CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE

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

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

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

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

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

RESPONSABILIDAD DE USAR LA TARJETA PA ACCESS DE MANERA LEGAL

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

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

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

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

- (i) La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social (SSN) de cada uno de los miembros del grupo familiar, está autorizada de conformidad la Ley de Alimentación y Nutrición (en inglés, Food and Nutrition Act) de 2008, según se enmienda en el Título 7 del U.S.C. 2011-2036d. La información se usará para determinar si su grupo familiar tiene este derecho y continúa teniéndolo para participar en el Programa SNAP. Verificaremos esta información usando programas de verificación por computadora. Esta información se usará también para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la administración del programa.
- (ii) Esta información se divulgará a otras agencias federales y estatales para evaluación oficial, y a funcionarios de la policía para arrestar a personas fugitivas de la ley.
- (iii) Si se presenta una reclamación de SNAP contra su grupo familiar, es posible que la información contenida en esta solicitud, incluyendo todos los SSN, se envíe a las agencias federales y estatales, así como a agencias de cobranza privadas, para procesos de cobro por reclamaciones.
- (iv) Proporcionar la información solicitada, incluso el SSN de cada uno de los miembros del grupo familiar, es voluntario. Sin embargo, si no se proporciona un SSN, esto podría resultar en la denegación de los beneficios de SNAP a cada una de las personas que no lo proporcionen. Todos los SSN proporcionados se usarán y divulgarán de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del grupo familiar.

Entendiendo sus derechos y responsabilidades

Al firmar este formulario:

- Entiendo que Pennsylvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos (IEVS), instituciones financieras, informes de consumidores y agencias estatales y federales para verificar la información que proporciono. La información disponible a través del IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y puede ser verificada a través de contacto colateral cuando la agencia estatal encuentre datos contradictorios, y tal información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi familia.
- Entiendo que, al firmar esta solicitud, autorizo a cualquier institución financiera a divulgar, a través de medios electrónicos o cualquier otro medio, toda la información financiera que posee dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o a su agente designado o contratista con la finalidad de identificar y verificar los recursos (también llamados "activos") cuando sea necesario para determinar y redeterminar la elegibilidad para Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información relevante solicitada o recibida de la institución financiera, incluidas otras transacciones realizadas por la institución financiera con respecto a la cuenta o activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que la elegibilidad de Asistencia Médica sea denegada o termine, o si decido revocarla por notificación escrita al departamento, lo que suceda primero. Entiendo que, si revoco esta autorización, esto puede hacer que mi familia o yo dejemos de ser elegibles para Asistencia Médica.
- Entiendo que, si malinterpreto, oculto o retengo hechos que pueden afectar mi elegibilidad para beneficios, se me puede exigir que pague mis beneficios y puedo ser procesado y descalificado de recibir algunos beneficios en el futuro.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.
- Entiendo que la información que declaro en este solicitud tendrá carácter confidencial y únicamente se usará para administrar beneficios. Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para propósitos de definir la elegibilidad.
- Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a informar, deberé hacerlo dentro de los 10 primeros días del mes posterior al mes en que se produzca el cambio.
 - Entiendo que mi hogar puede perder los beneficios de SNAP si uno de sus miembros recibe ganancias de la lotería o de juegos de azar iguales o superiores al límite del recursos de SNAP para hogares que tienen una persona de la tercera edad o con una discapacidad.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito donde se expliquen los beneficios.
 Si se deniegan, cambian, suspenden o interrumpen los beneficios, la notificación por escrito explicará los motivos.
- Entiendo que tendré 30 días (90 días para los beneficios del programa SNAP [cupones para alimentos]) desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada con respecto a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Entiendo que debo usar la tarjeta Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o PA ACCESS únicamente durante el período correspondiente. Debo utilizar la tarjeta EBT o PA ACCESS únicamente para la persona elegible y puedo obtener únicamente los beneficios necesarios y razonables.
- Entiendo que no puedo utilizar los fondos de Asistencia con dinero en efectivo emitidos a través de mi tarjeta PA ACCESS para realizar transacciones EBT en tiendas de licores, casinos (casinos de apuestas, establecimientos de juegos), o lugares de entretenimiento para adultos.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número de Seguro Social de ninguna persona que no esté solicitando asistencia. Si proporciono su número de Seguro Social, podrá ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.

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

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

(marque una opción):		
Cinco años (el número máximo de años permitidos)		
Cuatro años		
Tres años		
Dos años		
Un año		
No deseo que se utilice mi información de las declara renovar mi cobertura.	aciones de impue	stos para

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué es la información de salud protegida?

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

Su nombre (o nombres de sus hijos) Dirección Fecha de nacimiento Fecha de ingreso/alta Código de diagnóstico Número de teléfono Número de caso del DHS Número de Seguro Social Código del procedimiento médico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo presento una queja?

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

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

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

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



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 ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانا. اتصل برقم 7462-692-800-1 (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.

સુયના: 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 စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါ မည်။ ဇုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ် ဆိုပါ။

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

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

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

