

# Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

Las dos primeras páginas son únicamente para proporcionarle información que le ayude a completar la Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica. Esta **no es parte de la solicitud**. Nada marcado en la portada será considerado como parte de su solicitud.

**Por favor note**, esta no es una solicitud para cobertura de **Medicaid** o servicios.

Por favor contacte al 1-855-632-7633 si usted desea solicitar **Medicaid**.

Los solicitantes y posibles solicitantes que indiquen que pueden tener dificultades para completar el proceso de solicitud, pueden designar a una persona que no sea miembro del hogar como representante autorizado para tramitar la solicitud. El miembro del hogar o el representante autorizado pueden completar los formularios de registro de trabajo para aquellos miembros del hogar que deban registrarse para trabajar. El representante autorizado designado para tramitar la solicitud también puede desempeñar responsabilidades domésticas durante el período de certificación, como informar de cambios en los ingresos del hogar u otras circunstancias familiares. Salvo en aquellas situaciones en las que un centro de tratamiento de drogas y alcohol u otro tipo de alojamiento colectivo actúe como representante autorizado, el hogar será responsable de cualquier exceso de gasto que se derive de la información errónea proporcionada por el representante autorizado.

## PROGRAMAS DISPONIBLES - SOLO Información. No seleccione programas en esta página.

### PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS Y ENERGÍA

**Programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria** ayuda a los hogares de bajos ingresos a comprar alimentos. Antes conocido como Estampillas de Comida.

• Las preguntas señaladas con una  se aplican al SNAP pero no son obligatorias para presentar la solicitud.

**SNAP**

**El Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)** ayuda a los hogares a pagar la calefacción, la refrigeración, los depósitos, las reparaciones y las situaciones de crisis o desconexión que cumplan los requisitos.

• Si solicita LIHEAP, todas las personas que vivan en su domicilio deben figurar en la solicitud.

**LIHEAP**

### PROGRAMAS DE ASISTENCIA PARA REFUGIADOS

**El Programa de Reasentamiento de Refugiados (RRP)** ayuda a las personas elegibles que se han mudado a los Estados Unidos en los últimos cuatro (4) meses con beneficios en efectivo, médicos y no monetarios.

**RRP**

### PROGRAMAS PARA FAMILIAS Y NIÑOS

**Ayuda para Menores Dependientes** proporciona asistencia financiera (o pago en efectivo) para ayudar a mantener a niños de 18 y menores quienes viven en el hogar. Participación en Employment First (Empleo Primero), un programa de preparación para trabajo, puede ser requerida.

**ADC**

**Subsidio de Cuidado Infantil** ayuda a pagar por servicios de cuidado infantil.

**CC**

**Asistencia de Emergencia** proporciona asistencia financiera u otros servicios a hogares con menores con falta de alimentos, vivienda y/o cuidado médico debido a una situación por emergencia.

**EA**

### PROGRAMAS PARA ADULTOS MAYORES, CIEGOS, Y DISCAPACITADOS

**Asistencia para Adultos Mayores, Ciegos y Discapacitados** proporciona pagos en efectivo o asistencia financiera a individuos quienes están recibiendo SSI por medio de la Administración de Seguro Social (SSA), de edad 65 o más, ciegos, o discapacitados.

• **Requisitos especiales:** Artículos esenciales para la salud propia y bienestar las cuales no están incluidas en el estándar básico o son cubiertas por Medicare, Medicaid, o cualquier otro recurso, personal o público.

• **Programa Estatal de Discapacidad (SDP):** Proporciona pagos en efectivo o asistencia financiera a individuos menores de 65 años que han sido rechazados por la Administración de la Seguridad Social por "falta de duración" y se determinan temporalmente discapacitados por al menos 6 meses pero no más de 12 meses. Las personas no pueden ser elegibles para Medicaid y SDP al mismo tiempo.

**AABD**

• **Servicios Sociales para Personas Mayores y/o con Discapacidad** ayuda a las personas mayores o con discapacidad a pagar los servicios necesarios para permanecer de manera independiente en su hogar.

• **Tareas domésticas:** servicios para ayudar a las personas a vivir de forma más independiente.

• **Transporte:** transporte no médico.

• **Comidas:** entregadas a domicilio y comunitarias.

• **Cuidado Diurno para Adultos:** actividades sociales en un entorno autorizado.

**SSAD**

**Servicios de asistencia personal (PAS)** proporciona asistencia con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse, a personas que tiene una afección médica crónica o una discapacidad para que puedan permanecer en su hogar de manera independiente.

**PAS**

<b>Correo Electrónico:</b>	DHHS.ANDICenter@nebraska.gov	<b>Llamadas desde Lincoln:</b>	(402) 323-3900
<b>Fax:</b>	402) 742-2351	<b>Llamando desde Omaha:</b>	(402) 595-1258
<b>Correo:</b>	DHHS ANDI Center Economic Assistance P.O. Box 2992 Omaha, NE 68103-2992	<b>TTDD:</b>	(402) 471-7256
		<b>Llame sin cargo:</b>	1-800-383-4278
		<b>Visite una oficina local:</b>	Encuentra la oficina local más cercana en: <a href="https://dhhs.ne.gov/Pages/Public-Assistance-Offices.aspx">https://dhhs.ne.gov/Pages/Public-Assistance-Offices.aspx</a>

## PROCESO PARA SOLICITAR BENEFICIOS DE ASISTENCIA ECONÓMICA



### SOLICITUD

Completar la solicitud:

- En línea
- Formulario de papel
- Por teléfono
- In person at your local office



### ENVIAR

- En línea
- Correo electrónico
- Fax
- Correo postal
- En su oficina local
- Información listada en la página anterior.



### ENTREVISTA

Si se requiere:

- DHHS le hablara para una entrevista
- Documentos Adicionales que pueden ser requeridos están en la lista abajo.



### DECISION

- DHHS le proporcionará con una noticia por escrito con la determinación de Elegibilidad.

**PARA ENVIAR MÁS RÁPIDO, COMPLETE LA SOLICITUD EN LÍNEA EN [WWW.ISERVE.NEBRASKA.GOV](http://WWW.ISERVE.NEBRASKA.GOV)**

## DOCUMENTOS ADICIONALES

✍ Cuando vea el símbolo de clip de papel, eso significa que puede ser requerido a mandar prueba de los artículos listados en esa sección. Usted será contactado respecto a lo que es específicamente requerido, o usted puede adjuntar copias de la verificación con la solicitud. El DHHS está obligado a ayudarle a obtener las verificaciones solicitadas. Póngase en contacto con el DHHS si no puede obtener la verificación solicitada.

Estos pueden incluir prueba de identidad, ingreso, gastos, recursos, etc. Ejemplos de documentos están listados abajo. Originales no serán devueltos.

- ✓ Verificación de Identidad (ID con fotografía emitida por el Estado, tarjeta de Seguro Social, Certificado de nacimiento, o Tarjeta ID de Residencia Permanente)
- ✓ Verificación de Embarazo (Nota del Medico)
- ✓ Verificación de Discapacidad (Nota del Médico, Documentos de SSI)
- ✓ Verificación de ciudadanía o información de extranjero (copia del anverso y reverso de la tarjeta de ciudadanía y servicios de inmigración de EE. UU., certificado de nacimiento o pasaporte estadounidense)
- ✓ Verificación de prestaciones cerradas de otros estados
- ✓ Verificación de ingresos de los últimos 30 días
- ✓ Verificación de Facturas de Servicios Públicos
- ✓ Verificación de Costos de vivienda (Renta, hipoteca, renta de terreno, impuestos de propiedad, seguro de propiedad)
- ✓ Verificación de pólizas de Seguro de Vida
- ✓ Verificación de extractos bancarios

# Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

Usted o su representante autorizado pueden presentar una solicitud con solo su nombre, dirección y firma en esta página.

Para ADC, la solicitud debe estar debidamente firmada por la persona que la presenta, por el tutor o curador del solicitante, por una persona que actúe en virtud de un poder notarial debidamente otorgado, o un familiar específico que presente la solicitud en nombre o en representación de un menor.

Programas Necesarios	Alimentos y Energía		Refugiado	Familias y Niños			Ancianos y Discapacitados				
¿A qué programas quiere presentar su solicitud?	SNAP <input type="checkbox"/>	LIHEAP <input type="checkbox"/>	RRP <input type="checkbox"/>	ADC <input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	EA <input type="checkbox"/>	AABD: Subvención <input type="checkbox"/>	AABD: SDP <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	SSAD <input type="checkbox"/>	SDP <input type="checkbox"/>

Por favor, tenga en cuenta que esto no es una solicitud para cobertura o servicios de **Medicaid**.

Tarjetas necesarias	
¿Tiene una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) de Nebraska para los beneficios SNAP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, yo necesitare una tarjeta EBT.
¿Tiene una tarjeta ReliaCard del US Bank de Nebraska para LIHEAP, RRP, ADC y/o AABD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, yo necesitare una tarjeta ReliaCard.

Información del solicitante/Cabeza de familia: Si en su hogar hay más de un adulto, debe indicar al DHHS qué adulto debe designarse como cabeza de familia". EL DHHS UTILIZARÁ A LA PERSONA QUE FIGURA AQUÍ COMO CABEZA DE FAMILIA.				
Nombre:	MI	Apellido:	Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así ¿Qué idioma habla?
--	------------------------------

¿Dónde Vive?	<input type="checkbox"/> Casa: alquiler/propiedad/hipoteca	<input type="checkbox"/> Apartamento/Dúplex/Tríplex	<input type="checkbox"/> Alquiler de una habitación	<input type="checkbox"/> Sin Hogar
	<input type="checkbox"/> Alojamiento y manutención	<input type="checkbox"/> Centro de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Vida asistida	<input type="checkbox"/> Refugio
	<input type="checkbox"/> Residencia de ancianos	<input type="checkbox"/> Hogar grupal/Cuidado de acogida/Institución de cuidado infantil/Hogar familiar para adultos		
	<input type="checkbox"/> Centro para Personas con Discapacidad de Desarrollo	<input type="checkbox"/> Otro: _____		

Instalación o nombre del albergue (si corresponde):	¿Es esto alojamiento público o subsidiado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Vive en su hogar algún huésped de pensión ("boarder")? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es el solicitante un huésped de pensión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

"Boarder": Un individuo que vive en una pensión comercial o vive en un hogar y paga una compensación razonable en efectivo por comidas y alojamiento. Un huésped no se considera miembro de un hogar participante y sus ingresos y recursos no se consideran disponibles para el hogar.


Dirección física (calle, apartamento/unidad no.):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección postal si es diferente (calle, apartado postal, apartamento/unidad no.):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
¿Tiene a alguien que deba indicarse como "A cuidado de" (c/o)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, quién:		
¿Usted necesita que su correspondencia se mande a entrega general? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, por favor proporcione la Ciudad/Estado o Código Postal:		

Dirección Anterior (Calle, Apartamento/unidad no):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Si no está registrado para votar donde vive ahora. ¿Le Gustaría solicitar para registrarse para votar hoy? ☐ Sí ☐ No

SI USTED NO SELECCIONA NINGUNA CAJA, SERÁ CONSIDERADO QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Cualquier ciudadano en el Estado de Nebraska quien cumpla con los requisitos de registración de votante y solicite asistencia económica deberá de ser proporcionada la oportunidad de registrarse para votar. Si le gustaría ayuda completando el formulario de solicitud de registro para votar, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es de usted. Usted puede llenar la solicitud en privado. El Solicitar registrarse o rechazar registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le será proporcionada por esta agencia. Por favor note que la información y oficina a la cual esta solicitud fue hecha seguirá siendo confidencial y será usada sólo para propósitos de registro para votar. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho para registrarse o rechazado registrarlo para votar, su derecho a la privacidad en decidir si se registra o en solicitar registrarse para votar, o su derecho de escoger si propio partido político u otra preferencia política, usted puede poner una queja con la Secretaria del Estado de Nebraska (Nebraska Secretary of State), PO BOX 94608, Lincoln NE 68509-4608, 402-471-2555.

Declaro bajo pena de perjurio que he completado la solicitud según mi leal saber y entender y que mis respuestas son verdaderas y correctas, incluida la información relativa a la ciudadanía y la condición de extranjero de los miembros que solicitan las prestaciones. Autorizo la divulgación de información al DHHS. La información solicitada se utilizará únicamente en la administración de programas de asistencia económica, incluido Medicaid, y no se divulgará a ninguna otra persona u organismo ajeno al DHHS. Entiendo que el DHHS puede divulgar información a otra agencia cuando se hayan solicitado los servicios de dicha agencia o cuando el objetivo de obtener la información sea prestarme servicios a mí o a mi familia. He leído, comprendo y acepto la sección "Lo que debo saber" que se encuentra en las últimas páginas de este documento.

Firma de Solicitante o Representante Autorizado:	Fecha:
	

# Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

- Si está solicitando SNAP y recibe o ha solicitado Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) mientras está en una institución, la fecha de la solicitud será la fecha de salida de la institución.
- Al presentar la solicitud, usted puede ser elegible para recibir información sobre servicios de asistencia a familias con niños, con el fin de que los niños puedan seguir siendo cuidados en su hogar.
- Para obtener más información, llame a la línea directa de abuso/negligencia infantil al 800-652-1999.

**Correo Electrónico:** DHHS.ANDICenter@nebraska.gov. **Correo Postal:** PO Box 2992 / Omaha, NE 68103-2992.

**Llamadas:** 1.800.383.4278. **En Lincoln:** 402.323.3900. **En Omaha:** 402.595.1258. **Fax:** 402.742.2351.

<b>Número de Teléfono Celular:</b>	<b>Número de Teléfono para Mensaje:</b>	<b>Mejor Horario para Llamarle para una Entrevista:</b>	
<b>Número de Teléfono Fijo:</b>	<b>Número de teléfono TTY / TDD:</b>		
		<b>Necesitas una entrevista cara a cara?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Dirección de Correo Electrónico:</b>		<b>Prefiere la Notificación a través de:</b>	
		<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico y Texto
		<input type="checkbox"/> Correo Postal	<input type="checkbox"/> Correo Postal y Texto

Al seleccionar una opción de notificación por correo electrónico, usted elige recibir notificaciones de sus avisos escritos y otra correspondencia relacionada con sus beneficios del DHHS a través de la dirección de correo electrónico indicada anteriormente. Estos beneficios incluyen: Medicaid, CHIP, SNAP, ADC, LIHEAP, Subsidio para Cuidado Infantil, pago de AABD y SSAD. Ya no recibirá información por correo postal. Usted entiende que recibirá una notificación por correo electrónico de la correspondencia, que incluirá un enlace al sitio web DHHS iServe, donde podrá acceder a la correspondencia. Usted entiende que debe crear una cuenta autenticada en el sitio web de iServe para poder ver su correspondencia en Benefit Inquiry.

Al seleccionar una opción de notificación por mensaje de texto, usted acepta recibir mensajes de texto en el número de teléfono móvil indicado anteriormente por parte del DHHS en relación con sus prestaciones. Estos beneficios incluyen: Medicaid, CHIP, SNAP, ADC, LIHEAP, Subsidio para el Cuidado Infantil, pago AABD SSAD y WIC. Usted acepta ponerse en contacto con el DHHS si cambia su número de teléfono móvil o si ya no dispone de dicho número. Usted entiende que puede optar por no participar en esto en el futuro poniéndose en contacto con el DHHS.

<b>🍏 Ingresos brutos totales del hogar (Empleo antes de cualquier deducción de nómina, Seguro Social, Manutención de menores, Beneficios de veterano, Desempleo, etc.) para este mes:</b> \$ _____	
<b>🍏 Total de efectivo / ahorro familiar para este mes:</b> \$ _____	
<b>🍏 Alquiler mensual o hipoteca por la cual usted es responsable de pagar:</b> \$ _____	<b>¿Tiene usted una notificación de desalojo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>🍏 ¿Alguien en su hogar es un trabajador agrícola migrante o estacional cuyo efectivo y ahorros son de \$ 100 o menos y cuyos ingresos se han de-</b> <b>tenido recientemente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo quién: _____	
<b>🍏 Seleccione todos los servicios públicos que paga o en los que incurre:</b>	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Aguas Residuales / Agua <input type="checkbox"/> Combustible <input type="checkbox"/> Calefacción / Refrigeración <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>¿Le cortaron los servicios de calefacción o refrigeración?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Tiene un aviso de desconexión o suspensión de los servicios de calefacción o refrigeración?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Se le acabó o está a punto de acabarse el combustible/fuente de calefacción (20% o menos)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Espera que su proveedor de servicios de calefacción o refrigeración le quite el plan de presupuesto?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Designados legales / Contactos		Nombre del designado:	Número de teléfono:
<b>🍏 ¿Alguien tiene un tutor, conservador o poder notarial?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así:		
<b>🍏 ¿Desea designar a alguien para que use su Tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) en su nombre?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así:		
<b>¿Desea proporcionar un contacto de emergencia?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así:		

**Si se necesita espacio adicional en las siguientes secciones, proporcione en una hoja de papel separada y adjúntela a la solicitud.**

## Miembros del Hogar

Proporcione información sobre todas las personas que viven en su domicilio. Incluya a todas las personas que vivan con usted, aunque no soliciten beneficios. El hecho de no proporcionar un número de la Seguridad Social dará lugar a la denegación de las prestaciones del SNAP a cada persona que no lo facilite. Los números de la Seguridad Social proporcionados se utilizarán y divulgarán de la misma manera que los números de la Seguridad Social de los miembros elegibles del hogar.

🍏 Nombre legal completo Nombre, segundo nombre, apellido, sufijo:	🍏 Relación al Solicitante:	🍏 Fecha de Nacimiento:	Edad:	🍏 Número de Seguro Social:	Sexo:	Estado Civil:	🍏 Ciudadano de Estados Unidos:	🍏 ¿Está Usted Solicitando Beneficios para esta Persona?	🍏 ¿Esta persona Compra y/o Comparte Alimentos con Usted?
	Uno mismo				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si no nació en NE, ¿en qué estado nació la persona? Estado:

**Si se necesita espacio adicional en las siguientes secciones, proporcione en una hoja de papel separada y adjúntela a la solicitud.**

## Miembro del Hogar No-Ciudadano

Incluya una copia del frente y reverso de su tarjeta de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). Su estatus de extranjero puede estar sujeto a verificación por parte de USCIS. La información enviada recibida de USCIS puede afectar su elegibilidad o nivel de beneficios. Si el no ciudadano tiene un patrocinador, se le pedirá que proporcione más información sobre el patrocinador.

Nombre de la Persona No-Ciudadana:	Estado Inmigratorio:	Numero de Extranjero:	Fecha de Entrada:	¿Tiene Él/Ella un Patrocinador?:	¿Él/Ella necesita Asistencia Médica?	¿Ha sido Él/Ella una Víctima de Tráfico de Humanos?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Nombres Previos o Alias

¿Alguien en el hogar ha tenido otro nombre o alias? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor proporcione la información abajo para esta persona(s).

Nombre de la Persona con otro Nombre o Alias:	Otros Nombres y/o Alias:

## Asistencia de Otro Estado

🍎 ¿Ha recibido alguien en el hogar asistencia de otro estado? ☐ Sí ☐ No

📎 Si es así, por favor proporcione información abajo para esta persona(s).

Nombre de la Persona que Recibió Asistencia:	¿Él/Ella Recibieron Alimentos, Efectivo o Asistencia de LIHEAP?	¿Cuándo es que él/ella recibió Asistencia? (Mes(es) y Año(s):	¿De qué Estado(s) él/ella recibió Asistencia?	¿En qué estado(s) ha vivido él/ella desde el nacimiento de su primer hijo?
	<input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> LIHEAP			
	<input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> LIHEAP			
	<input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> LIHEAP			

**Si usted tiene beneficios activos en otro estado, debe informar a ese estado de que se ha mudado. Los beneficios no son transferibles.**

## Embarazos

¿Esta alguien en el hogar embarazada? ☐ Sí ☐ No

📎 Si es así, por favor proporcione la información abajo para esta persona(s).

¿Quién está embarazada?	Fecha de Parto:	Otro Progenitor:



# Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

## Niños con un Padre/Madre que Vive Fuera del Hogar

¿Alguno de los niños que viven en el hogar tiene un padre/madre viviendo fuera del hogar? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor facilite información en la página siguiente sobre esta(s) persona(s). Para recibir SNAP, ADC o Asistencia para el Cuidado Infantil, usted debe cooperar con Child Support Enforcement (Cumplimiento de Manutención Infantil). Si se determina que un miembro del hogar no está cooperando, esa persona será inelegible para SNAP y Cuidado Infantil y la subvención de ADC puede reducirse en un 25 %. Si la cooperación puede perjudicarle a usted o a su(s) hijo(s), o si tiene otras razones de peso por las que no puede cooperar, le pedimos que nos lo comunique. Es posible que se le pida que presente evidencias para demostrar la causa justificada de su falta de cooperación. Si se determina que un miembro del hogar no está cooperando, el niño (s) para quien ese padre/madre no está cooperando no será elegible para el Cuidado Infantil.

Nombre del Menor(es) quien tiene a un Padre/Madre Viviendo fuera del hogar:	Nombre del Padre/Madre Viviendo fuera del hogar:	Dirección del Padre/Madre Viviendo fuera del hogar:	Número de Teléfono del Padre/Madre Viviendo fuera del hogar:	Otra Información que pueda proporcionar (Ej.: Fecha de Nacimiento, Empleador, Dirección del Empleador, o Número de Teléfono)

## Hogar de Crianza

¿Hay alguien en el hogar quien está en un hogar de crianza o ha estado en un hogar de crianza? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

**Si se necesita espacio adicional en las siguientes secciones, proporcione en una hoja de papel separada y adjúntela a la solicitud.**

## Discapacidades

¿Alguien en el Hogar tiene una Discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor proporcione la información abajo para esta persona(s).

Nombre de la persona con Discapacidad:	¿Él/Ella Necesita Ayuda con el Cuidado Propio como al Bañarse, Vestirse, Comer, etc.?	¿Él/Ella ha solicitado para el ingreso de seguro social suplementario (SSI) con la Administración de Seguro Social (SSA)?	¿A Él/Ella se ha negado la solicitud por SSA por Duración porque su Discapacidad no duraría más de 12 Meses?	¿Está Solicitando Cobertura Médica para Él/Ella?	¿Él/Ella Necesita Ayuda para Pagar las Facturas Médicas de los Últimos 3 Meses?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Fue un accidente el motivo de su discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Si es así, nombre de la persona y fecha del accidente: \_\_\_\_\_

¿Esta una compañía de seguros involucrada? ☐ Sí ☐ No

Si es así, nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

## Asistencia Médica (solo para solicitantes de SDP y RRP)

¿Alguien en el hogar necesita asistencia médica? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿Quién? \_\_\_\_\_

## Información Militar

¿Alguien en el hogar está ahorita activo o en reserva en alguna rama del ejército de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o algún miembro en su hogar ha servido en alguna rama del ejército? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor proporcione información abajo para esta(s) persona(s).

Nombre de la persona en el ejército o cónyuge o hijo de un veterano:	Él / Ella es un(a):
	<input type="checkbox"/> Veterano(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge de Veterano <input type="checkbox"/> Activo (a) <input type="checkbox"/> Hijo de Veterano (18 años o menor) <input type="checkbox"/> Reserva
	<input type="checkbox"/> Veterano(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge de Veterano <input type="checkbox"/> Activo (a) <input type="checkbox"/> Hijo de Veterano (18 años o menor) <input type="checkbox"/> Reserva
	<input type="checkbox"/> Veterano(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge de Veterano <input type="checkbox"/> Activo (a) <input type="checkbox"/> Hijo de Veterano (18 años o menor) <input type="checkbox"/> Reserva

# Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

## Información de la Tribu de Nativos Americanos

¿Alguien en el hogar es miembro de una tribu de nativos americanos? ☐ Sí ☐ No

Si es así, proporcione la información a continuación para esta(s) persona(s).

¿Alguien ha solicitado Asistencia para el Cuidado Infantil a través de la tribu nativa americana? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿pueden recibir servicios de Asistencia para el Cuidado Infantil de la tribu? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la persona(s) que es un miembro de una Tribu de Nativos Americanos:	Especifique la Tribu(s) de Nativos Americanos:

## Programa de Distribución de Alimentos en el Programa de Reservas Indígenas

🍎 ¿Alguien en el hogar ha estado recibiendo o está recibiendo productos a través del Programa de Distribución de Alimentos en el Programa de Reservas Indígenas (FDPIR)? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor proporcione información abajo para esta(s) persona(s).

Nombre de la Persona(s) que ha estado o está Recibiendo Alimentos:	¿En qué Fecha Él/Ella recibió los Alimentos?	¿Él/Ella ha sido descalificado(a) alguna vez de recibir Alimentos mediante el Programa de Tribu FDPIR?	Especifica la Tribu(s) de Nativos Americanos:	¿En qué fecha paso esto?

Si se necesita espacio adicional en las siguientes secciones, proporcione en una hoja de papel separada y adjúntela a la solicitud.

## Educación

🍎 Solo para SNAP, ¿hay alguien en el hogar que actualmente asiste a la escuela de entre 18 y 49 años? ☐ Sí ☐ No


Para todos los demás programas, ¿hay alguien en el hogar que actualmente asiste a la escuela de entre 5 y 49 años? ☐ Sí ☐ No

Si es así, complete lo siguiente para cada estudiante.

Nombre de la persona asistiendo a la escuela:	Nombre de la Escuela:	Ciudad de la Escuela:	Tipo de Escuela:	Si está en Colegio	
				¿Esta Él/Ella Asistiendo Tiempo Completo o Tiempo Parcial?	¿Está Él/Ella Participando en un Trabajo de Estudio?
			<input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Escuela Intermedia <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Estudios de Pregrado <input type="checkbox"/> Graduado(a)	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Escuela Intermedia <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Estudios de Pregrado <input type="checkbox"/> Graduado(a)	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Escuela Intermedia <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Estudios de Pregrado <input type="checkbox"/> Graduado(a)	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Escuela Intermedia <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Estudios de Pregrado <input type="checkbox"/> Graduado(a)	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

# Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

## 🍏 Información Adicional del Hogar

 Copia de Papeleo de Convicción	<b>Sí/No</b>	<b>Nombre de la Persona:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Condado/Estado:</b>
¿Alguien en el hogar está huyendo para evitar el enjuiciamiento o la custodia / confinamiento después de la condena por un delito grave?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Alguien en el hogar viola la libertad condicional o la libertad condicional bajo palabra?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Ha estado alguien en el hogar:</b>	<b>Sí/No</b>	<b>Nombre de la Persona:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Condado/Estado:</b>
¿Condenado de un delito federal (después del 22/8/96) por posesión, venta, uso o distribución de una sustancia controlada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<b>Tipo de Condena:</b>			
Si es así, ¿Se completó un programa de drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indique la fecha de finalización y el centro:		
	<b>Sí/No</b>	<b>Nombre de la Persona:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Condado/Estado:</b>
¿Condenado de usar y/o recibir beneficios de SNAP a cambio de armas de fuego, municiones, o explosivos (después de 22/9/96)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Condenado por recibir fraudulentamente beneficios duplicados de SNAP en cualquier estado (después del 22/9/96)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Declarado culpable de comprar o vender beneficios SNAP de \$ 500 o más (después del 22/9/96)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se descubrió que tenía una identidad o residencia tergiversada para obtener múltiples beneficios de SNAP, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), LIHEAP y / o LIHWAP al mismo tiempo (después del 22/9/96)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Condenado por intercambiar o intentar intercambiar beneficios de SNAP por drogas (después del 22/9/96)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Alguien en el hogar ha sido condenado por un delito grave por abuso sexual agravado, explotación sexual o abuso de un niño, agresión sexual, asesinato o un delito grave estatal similar a partir del 8 de febrero de 2014?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si es así, ¿esta persona cumple con los términos de su sentencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Descalificado en alguno de los siguientes programas: ADC/TANF/SNAP/Subvención para el cuidado infantil/LIHEAP (ejemplos de descalificación: haber sido declarado culpable en una audiencia administrativa o en un tribunal por haber proporcionado información falsa de forma intencionada)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<b>Programa(s)</b>		<b>Duración:</b>	

## INGRESOS


Indique los ingresos recibidos por cada miembro del hogar que solicita asistencia, incluidos los niños. **Es posible que deba proporcionar documentación que verifique los ingresos de cada miembro del hogar.**

**Si se necesita espacio adicional en las siguientes secciones, proporcione información en un documento separado y adjúntelo a la solicitud.**

### Empleos actuales

🍏 ¿Alguien en el hogar trabaja? ☐ Sí ☐ No

Si es así, complete los cuadros a continuación para los últimos 30 días de ingresos (antes de impuestos y deducciones).

 Comprobante de empleo de los últimos 30 días, como talón de pago.

<b>EMPLEO ACTUAL 1: Nombre de la Persona trabajando:</b>	<b>Nombre en los talones de pago, si es diferente:</b>		
<b>Nombre del Empleador:</b>	<b>Número de Teléfono del Empleador:</b>		
<b>Tasa de Pago:</b> \$ _____ Por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	<b>Cantidad promedio de propinas/comisiones por semana:</b> \$ _____		
<b>Promedio de horas trabajadas por semana:</b>	<b>Promedio de días trabajados por semana:</b>		
¿Han Cambiado sus Horas en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Aumentó <input type="checkbox"/> Disminuyó	<b>Fecha de cambio de horas:</b>	
¿Cuánto ingreso bruto recibió esta persona de este empleo en los últimos 30 días? \$ _____	¿Con qué frecuencia se le paga a esta persona? <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anual		
¿Se reciben bonificaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia se reciben bonificaciones? <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente		



# Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

<b>EMPLEO ACTUAL 2:</b> Nombre de la Persona trabajando:		Nombre en los talones de pago, si es diferente:	
Nombre del Empleador:		Número de Teléfono del Empleador:	
Tasa de Pago: \$ _____ Por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año		Cantidad promedio de propinas/comisiones por semana: \$ _____	
Promedio de horas trabajadas por semana:		Promedio de días trabajados por semana:	
¿Han Cambiado sus Horas en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Aumentó <input type="checkbox"/> Disminuyó	Fecha de cambio de horas:
¿Cuánto ingreso bruto recibió esta persona de este empleo en los últimos 30 días? \$ _____		¿Con qué frecuencia se le paga a esta persona? <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anual	
¿Se reciben bonificaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Con qué frecuencia se reciben bonificaciones? <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente	

<b>EMPLEO ACTUAL 3:</b> Nombre de la Persona trabajando:		Nombre en los talones de pago, si es diferente:	
Nombre del Empleador:		Número de Teléfono del Empleador:	
Tasa de Pago: \$ _____ Por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año		Cantidad promedio de propinas/comisiones por semana: \$ _____	
Promedio de horas trabajadas por semana:		Promedio de días trabajados por semana:	
¿Han Cambiado sus Horas en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Aumentó <input type="checkbox"/> Disminuyó	Fecha de cambio de horas:
¿Cuánto ingreso bruto recibió esta persona de este empleo en los últimos 30 días? \$ _____		¿Con qué frecuencia se le paga a esta persona? <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anual	
¿Se reciben bonificaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Con qué frecuencia se reciben bonificaciones? <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente	

**Si se necesita espacio adicional en las siguientes secciones, proporcione información en un documento separado y adjúntelo a la solicitud.**

## Empleos Terminados

🍏 ¿Alguien en el hogar renunció, o finalizó un trabajo, en los últimos 30 días?

☐ Sí ☐ No Si es así, complete a continuación.

📎 Prueba de empleo de los últimos 30 días.

🍏 ¿Algún miembro del hogar está en huelga? ☐ Sí ☐ No Si es así, complete a continuación.

<b>EMPLEO TERMINADO 1:</b> Nombre de la persona que dejó el trabajo:		Nombre en los talones de pago, si es diferente:	
Nombre del empleador:		Número de teléfono del empleador:	
Fecha en que termino el empleo:		Fecha de cuando se recibió el pago final:	
Cantidad bruta del pago final (antes de deducciones): \$ _____		Razón por que el empleo de esta persona termino:	

<b>EMPLEO TERMINADO 2:</b> Nombre de la persona que dejó el trabajo:		Nombre en los talones de pago, si es diferente:	
Nombre del empleador:		Número de teléfono del empleador:	
Fecha en que termino el empleo:		Fecha de cuando se recibió el pago final:	
Cantidad bruta del pago final (antes de deducciones): \$ _____		Razón por que el empleo de esta persona termino:	

## Ingresos de trabajo por cuenta propia

🍏 Marque las casillas junto a cualquiera de las siguientes fuentes de ingresos que usted o cualquier persona de su hogar ha recibido en los últimos 30 días o más si todavía trabaja por cuenta propia pero no ha recibido ingresos recientes:

Prueba de ingresos brutos, como libros de contabilidad de trabajo por cuenta propia o formularios fiscales.

# Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

- ☐ Negocio en casa  
☐ Agricultura o ganadería  
☐ Venta de productos como maquillaje o utensilios de cocina  
☐ Vender cosas en línea o sitios web como eBay o Craigslist  
☐ Brindar servicios como cuidado de niños, CHORE / PAS, cuidado de adultos / niños, limpieza, etc.  
☐ Donar / vender plasma  
☐ Otro trabajo por cuenta propia: \_\_\_\_\_


 Comprobante de ingresos brutos, como libros de contabilidad por cuenta propia o formularios de impuestos.

Si ha marcado cualquiera de los anteriores, complete la sección a continuación. Si hay más de un tipo de trabajo por cuenta propia, proporcione la información de cada empresa en una hoja de papel separada.

¿Quién trabaja por cuenta propia?	Fecha de inicio:
Nombre del negocio:	¿Es este negocio una corporación o sociedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingresos brutos del último mes de este negocio: \$ _____	¿Este negocio tiene gastos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Otros ingresos

 ¿Usted o alguien en su hogar recibe o ha solicitado recibir otros ingresos? ☐ Sí ☐ No


 Prueba de fuente y monto de otros ingresos.

Marque la casilla junto a cualquier otra fuente de ingresos que usted o cualquier persona de su hogar haya solicitado o recibido en los últimos 30 días.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Subsidio de adopción        | <input type="checkbox"/> Subsidio de cuidado de crianza                 | <input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler                      |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia         | <input type="checkbox"/> Regalos / Donaciones / Contribuciones en línea | <input type="checkbox"/> Jubilación / Pensión                      |
| <input type="checkbox"/> Ayuda / Estipendio / Beca   | <input type="checkbox"/> Ganancias de juego / lotería                   | <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social (SSA o RSDI) |
| <input type="checkbox"/> Manutención de niños        | <input type="checkbox"/> Préstamos                                      | <input type="checkbox"/> Ingreso de seguridad suplementario (SSI)  |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad | <input type="checkbox"/> Compensación militar                           | <input type="checkbox"/> Beneficios para sobrevivientes            |
| <input type="checkbox"/> Dividendos / Intereses      | <input type="checkbox"/> Otro efectivo recibido mensualmente            | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo                   |
| <input type="checkbox"/> Ayuda financiera            | <input type="checkbox"/> Retiro ferroviario                             | <input type="checkbox"/> Compensación del trabajador               |
|  |   | <input type="checkbox"/> Otro                                      |

Si ha marcado cualquiera de los anteriores, complete la siguiente sección:

¿Quién tiene Ingreso?	Fuente de Ingreso:	Cantidad Promedio Mensual:	¿Con qué frecuencia se recibe este ingreso?
		\$	
		\$	
		\$	

 ¿Ha recibido usted o alguien en su hogar un pago global en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No *Prueba de la fuente y importe de otros ingresos. Esto puede incluir: demandas o acuerdos de seguro, Seguro Social, SSI, RSDI, Beneficios para veteranos, herencia, entrega de anualidades o seguro de vida, etc. Si es así, por favor complete a continuación.*

¿Quién tuvo un Pago Global?	Fecha en que se recibió:	Fuente del Pago Global:	Cantidad:	¿Él/ella Recibirá este Pago otra Vez?
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## RECURSOS

Enumere todos los recursos que usted o cualquier persona en el hogar posee o comparte con otra persona.

Debe incluir recursos de propiedad conjunta con miembros del hogar y no miembros del hogar y cualquier recurso propiedad de niños.

 Podemos requerir documentación que verifique los recursos para cada miembro del hogar.

**Si se necesita espacio adicional en las siguientes secciones, proporcione información en un documento separado y adjúntelo a la solicitud.**

 **CUENTAS:** ¿Usted o alguien en el hogar tiene alguno de los siguientes recursos? ☐ Sí ☐ No


Si es así, marque todo lo que corresponda a continuación y complete la información de la cuenta.

- |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Efectivo                       | <input type="checkbox"/> Propiedad (tierra, casas)        | <input type="checkbox"/> Anualidades        | <input type="checkbox"/> Fideicomisos |
| <input type="checkbox"/> Tarjetas de débito             | <input type="checkbox"/> Fondos mutuos                    | <input type="checkbox"/> Cuentas educativas | <input type="checkbox"/> Criptomoneda |
| <input type="checkbox"/> Cuentas corrientes / de ahorro | <input type="checkbox"/> Certificado de depósitos (CD)    | <input type="checkbox"/> Acciones / Bonos   | <input type="checkbox"/> Otro         |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación          | <input type="checkbox"/> Producto de la venta de casa (s) | <input type="checkbox"/> 401(K)             |                                       |


Nombre(s) en la Cuenta:	Tipo de Cuenta:	Nombre de la cuenta bancaria/ fondos:	Importe o Valor de la Cuenta:
			\$

# Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

			\$
			\$
			\$

 **VEHÍCULOS:** ¿Alguien tiene un automóvil, camión, camioneta, bote, motocicleta, vehículo recreativo o remolque? ☐ Sí ☐ No  
Si es así, enumere a continuación. Los artículos con licencia y sin licencia deben estar listados.

Nombre(s) en el Título:	Marca/Modelo y Año:	Importe/Valor:	Importe Adeudado por el Vehículo:	Uso:	¿Está este Vehículo Averiado?
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		

 ¿Alguien está comprando o alguien posee un terreno, una propiedad, una casa, una propiedad de alquiler, un tiempo compartido, un lote o una cabaña en algún lugar? ☐ Sí ☐ No  
Si es así, enumere a continuación.

Nombre(s) en la Escritura/Título:	Dirección de la propiedad/Descripción:	Valor Evaluado:	Cantidad Adeudada en la Propiedad:
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

 ¿Alguien en el hogar tiene un seguro de vida completo, un seguro de vida a término o un fideicomiso de entierro? ☐ Sí ☐ No  
 Copia de la póliza.

¿Quién posee la póliza?	Tipo de Póliza:	Valor:
		\$
		\$
		\$

¿Usted o alguien en el hogar ha regalado algo de valor significativo o vendido algo por menos del valor justo de mercado en los últimos 5 años?  
☐ Sí ☐ No

 Si solo solicita SNAP, solo enumere los artículos vendidos, intercambiados o regalados en los últimos 3 meses.

¿Quién vendió/intercambio/regalo un artículo?	¿Qué fue lo que se vendió/intercambió /regaló?	¿En qué Fecha se vendió/intercambió /regaló?	Cantidad Recibida/Valor:
			\$
			\$
			\$

## GASTOS

Solo los gastos reportados y / o verificados serán contados y utilizados para determinar la cantidad de beneficios que usted y los miembros de su hogar pueden recibir. Complete las secciones a continuación en función de los gastos que se le factura a usted o cualquier persona en el hogar.

**Si se necesita espacio adicional en las siguientes secciones, proporcione información en un documento separado y adjúntelo a la solicitud.**

 **PROPIEDAD:** ¿Alguien en el hogar paga renta, hipoteca, segunda hipoteca, alquiler de lote, tarifas de condominio, impuestos a la propiedad (si no está incluido en la hipoteca), seguro de hogar (si no está incluido en la hipoteca) u otras facturas de propiedad?  
☐ Sí ☐ No Si es así, complete a continuación.

¿Quién Paga?	Tipo de Gasto de Propiedad:	Con que Frecuencia es la Factura:	Cantidad Cobrada:
--------------	-----------------------------	-----------------------------------	-------------------

# Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

			\$
			\$
¿Está recibiendo alguna asistencia para la vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿cuál es la cantidad de la que usted es responsable?	
¿Los gastos anteriores incluyen alguna tarifa adicional? (Mascota, cable, garaje, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, enumere las tarifas:	

**MÉDICO:** ¿Alguien en el hogar que está discapacitado o tiene 60 años o más paga primas de seguro, copagos de seguro, medicamentos recetados, costos de Medicare u otros gastos médicos relacionados?

☐ Sí ☐ No Si es así, complete a continuación.



Se requiere comprobante de cualquier gasto médico en los últimos 3 meses, como seguro / extractos bancarios, recibos de farmacia, etc.

¿Quién Paga?	Tipo de Gasto Medico:	Con que Frecuencia es la Factura:	Cantidad Cobrada:
			\$
			\$
			\$

**CUIDADO DE NIÑOS O ADULTOS:** ¿Alguien en el hogar paga los gastos de cuidado de niños, cuidado de adultos, pensión alimenticia u otros gastos relacionados con el cuidado de niños o adultos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumérelas a continuación. Para recibir SNAP, los padres que no tienen la custodia y pagan manutención infantil deben cooperar con el Departamento de Cumplimiento de Manutención Infantil. Si se determina que un miembro del hogar no está cooperando, esa persona será inelegible para SNAP. Si la cooperación puede resultar en daño para usted o su(s) hijo(s), o si tiene otras buenas razones por las cuales no puede cooperar, por favor háganoslo saber. Es posible que se le pida que proporcione evidencia para demostrar una causa justificada por la falta de cooperación.



Se requiere comprobante de gastos mensuales, como recibos, contratos, etc.

¿Quién Paga?	Tipo de Gasto por Cuidado:	Con que Frecuencia es la Factura:	Cantidad Cobrada:
			\$
			\$
			\$

**CALEFACCIÓN:** Proporcione a continuación la información sobre el proveedor de calefacción de su hogar. (gas natural, electricidad, propano, carbón, fuel oil, queroseno, madera o cualquier otra fuente)

Se debe proporcionar una copia de la factura si solicita LIHEAP.



Último estado de cuenta con dirección del hogar, nombre del proveedor, nombre de cuenta y número de cuenta. Se debe proporcionar una copia de la factura si se solicita LIHEAP.

Nombre en la Factura:	Tipo de Fuente de Calefacción:	Nombre del Proveedor:	Número de Cuenta:

**AIRE ACONDICIONADO:** Proporcione información a continuación sobre el proveedor de aire acondicionado de su hogar. (eléctrico o de cualquier otra fuente)

Se debe proporcionar una copia de la factura si lo solicita LIHEAP.



Último estado de cuenta con dirección del hogar, nombre del proveedor, nombre de cuenta y número de cuenta. Se debe proporcionar una copia de la factura si se solicita LIHEAP.

Nombre en la Factura:	Tipo de Fuente de Aire Acondicionado:	Nombre del Proveedor:	Número de Cuenta:

**LIHEAP:** Por favor, enumere a cualquier persona mayor o discapacitada en el hogar que haya recibido más de \$20 en fondos de LIHEAP en el actual mes de los últimos 12 meses:

## AYUDA CON LOS GASTOS:

¿Ha recibido usted o alguien en el hogar ayuda para pagar sus gastos de alquiler, hipoteca, impuestos a la propiedad, atención médica, calefacción o refrigeración en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No Si es así, enumere a continuación.

¿Quién ayudó con los gastos?	¿Qué gasto pagaron?	¿Cuánto pagaron?	¿Se le Pagó a Usted o al Proveedor?	¿Era esto un préstamo o un regalo?
		\$		<input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Regalo
		\$		<input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Regalo

# Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

## PREGUNTAS DE CUIDADO INFANTIL

### RECURSOS TOTALES:

☐ Para recibir el Subsidio de Cuidado Infantil, certifico que el total de los recursos de mi familia está valorado en menos de un millón de dólares.

Para recibir Subsidio de Cuidado Infantil marque uno de los siguientes:

- ☐ Sí, acepto que mi hijo o mis hijos reciban vacunas para protegerse contra enfermedades (como el sarampión, la varicela) o las infecciones de acuerdo con las pautas de vacunación del Estado de Nebraska.
- ☐ No, mis creencias religiosas no me permiten las vacunas.
- ☐ No, estas vacunas perjudicarían la salud de mi hijo. (Para ello es necesario presentar un certificado médico).

El Departamento puede ayudar a encontrar lugares locales para vacunaciones. Llame al 402-471-9152 para encontrar una ubicación cerca de usted.

Nombre del Proveedor de Cuidado Infantil:	ID del Proveedor: Si está Disponible	Dirección:	Número de Teléfono:

### Motivo(s) por el que Necesita la Subvención para el Cuidado Infantil:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educación<br><input type="checkbox"/> Empleado<br><input type="checkbox"/> Actividades de Empleo Primero<br><input type="checkbox"/> Acompañar/visitar a un niño que necesita atención médica<br><input type="checkbox"/> Sin hogar<br><input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Obtener atención médica<br><input type="checkbox"/> Capacitación en el trabajo<br><input type="checkbox"/> Limitaciones médicas/discapacidad de los padres<br><input type="checkbox"/> Buscar empleo según lo exija un programa de empleo financiado con fondos federales |
|--|--|

Las evaluaciones de desarrollo se usan para ayudar a identificar cualquier preocupación en su desarrollo actual y pueden conducir a mejores resultados a medida que su hijo crece. Las evaluaciones de desarrollo también son valiosas para ayudar a los padres a comprender las necesidades de desarrollo de sus hijos. Su pediatra puede completar los exámenes de detección o puede comunicarse con 402-471-9152 para recibir una herramienta de detección para padres.

☐ Marque la "casilla" si desea ser contactado y que se envíe más información.

## 🍏 DEMOGRAFÍA OPCIONAL

Origen Étnico:	Raza:
<input type="checkbox"/> No es de origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Otro / Desconocido	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar esta información. Esta información no se utilizará para determinar la elegibilidad para recibir asistencia. Si no proporciona esta información, no afectará a su solicitud. Solicitamos la información para garantizar que los beneficios se distribuyan sin tener en cuenta la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad, el sexo, la religión, las represalias y, cuando corresponda, las creencias políticas, el estado civil, el estado familiar o parental, o la totalidad o parte de los ingresos de una persona procedentes de cualquier programa de asistencia pública, o la información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el departamento. Si no introduce ninguna información, el trabajador introducirá una respuesta.

☐ Autorizo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (DHHS) a divulgar información sobre mi inscripción actual en el programa SNAP a la Comisión de Servicios Públicos de Nebraska para determinar mi elegibilidad para el programa Lifeline o el Programa de Asistencia Telefónica de Nebraska (NTAP). Entiendo que esto me identifica como una persona que recibe beneficios del SNAP. La Comisión de Servicios Públicos de Nebraska puede condicionar mi elegibilidad para el programa Lifeline/NTAP a la firma de esta solicitud y a mi consentimiento para la divulgación de información. Esta autorización es válida y expirará un año después de la fecha de esta solicitud. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento mediante una solicitud por escrito de conformidad con la Notificación de prácticas de privacidad del DHHS vigente en ese momento (si se dirige al DHHS), o mediante una solicitud por escrito a la Comisión de Servicios Públicos de Nebraska, que será atendida con la excepción de la información que ya haya sido divulgada. Entiendo que, si revoco esta autorización, el DHHS no podrá confirmar mi inscripción en el programa SNAP. Es posible que las leyes de privacidad ya no exijan al destinatario de esta información que la proteja. Esta información está protegida por leyes estatales y federales (incluido el título 42 del Código de Regulaciones Federales, parte 431, subparte F).

# Derechos y Responsabilidades

## POR FAVOR, GUARDE ESTO PARA SU INFORMACIÓN

Al completar y firmar la Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica de Nebraska (EA-117) y otros documentos necesarios para determinar si soy elegible para los beneficios de asistencia económica Y al aceptar los beneficios que soy elegible para recibir, entiendo la siguiente información y acepto los siguientes requisitos.

- Debo decir la verdad. Es un delito mentir en esta solicitud.
- Es posible que deba entregar documentos que demuestren que lo que le dije es cierto.
- Es posible que tenga que informarle sobre cualquier cambio en la información que le proporcioné en mi solicitud.
- Si creo que DHHS cometió un error, puedo solicitar una apelación o audiencia imparcial.
- DHHS no discriminará.
- DHHS confirmará el estado de ciudadanía e inmigración para todos los que soliciten beneficios.
- DHHS retirará los beneficios que no debería haber recibido.
- El DHHS le informará cuándo disminuirán o finalizarán sus beneficios.

## USTED TIENE EL DERECHO A

- Solicitar y discutir cualquier acción tomada en su solicitud o caso con un trabajador o un supervisor.
- Ser asistido en el proceso de solicitud por la persona que elija.
- Remisión a otras agencias privadas o públicas.
- Ver una copia de las regulaciones del programa.
- Tener una entrevista en una oficina local, en un lugar acordado mutuamente o por teléfono.
- Acción razonablemente rápida en su solicitud de beneficios.
- Notificación adecuada de cualquier acción que afecte su solicitud o caso.
- Que se le expliquen completamente los requisitos y beneficios del programa.
- Haga que su solicitud de SNAP se procese de acuerdo con los procedimientos de SNAP, incluso dentro de los 7 días de la fecha de recepción de la solicitud para los beneficios acelerados y 30 días de la fecha de recepción de la solicitud para los beneficios regulares.
- Tenga en cuenta su solicitud de beneficios de SNAP, independientemente de si se le han denegado o no los beneficios de otros programas.

## USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE

- Proporcionar información completa y precisa. Puede estar sujeto a sanciones penales según las leyes estatales o federales aplicables si no proporciona información completa y precisa. Usted es el principal responsable de proporcionar pruebas de la situación de su hogar, pero un trabajador lo ayudará a obtener la verificación si coopera con el proceso de solicitud.
- Solicitar y aceptar cualquier beneficio o ingreso potencial para el que pueda ser elegible si así lo solicita un trabajador.
- Pagar un copago por ciertos servicios médicos si es necesario.
- Pagar una tarifa a su proveedor de cuidado infantil si así lo requiere en función de sus ingresos.
- Cooperar con el personal estatal y federal en una revisión de control de calidad.
- Cooperar con el Programa de Atención Administrada de Nebraska para ciertos destinatarios de servicios médicos.
- Cooperar con la aplicación de manutención de menores de Nebraska.
- Hacer preguntas si no entiende algo sobre asistencia médica.

## INFORMAR CAMBIOS PARA AABD, ADC, SDP Y RRP

Informe todos los cambios dentro de los 10 días a DHHS, tales como:

- Cambios en el hogar, como cuando alguien entra o sale.
- Si se muda.
- Nuevo empleo.
- Terminación del empleo, incluida la capacitación laboral u otras actividades laborales.
- Cambio en la cantidad de ingresos mensuales.
- Reducción o aumento en el número de horas trabajadas por semana.
- Para el subsidio de Cuidado Infantil, cualquier cambio que requiera horas autorizadas adicionales o menos.
- Cambios en la discapacidad o incapacidad.
- Un cambio en el seguro de salud.
- Un cambio en un recurso (como obtener un vehículo nuevo o un cambio en su cuenta bancaria).

Puede informar de estos cambios en línea: [www.iSERVE.nebraska.gov](http://www.iSERVE.nebraska.gov). Haga clic en "Gestionar beneficios".

## INFORMAR SOBRE LOS CAMBIOS EN EL PROGRAMA DE SUBVENCIONES PARA EL CUIDADO INFANTIL

Los cambios en los ingresos que superen el 85% del ingreso medio estatal deben ser comunicados a la agencia en un plazo de 10 días a partir del cambio. Los límites del ingreso medio estatal se pueden encontrar en <http://dhhs.ne.gov/Pages/Guidance-Documents.aspx>.

Si su necesidad actual de servicio finaliza y no se trata de un cambio temporal, deberá comunicarlo a la agencia en un plazo de 10 días a partir de la fecha del cambio. Si se muda fuera del estado de Nebraska, debe informar de ello a la agencia en un plazo de 10 días a partir del cambio.

Cualquier cambio que requiera horas autorizadas adicionales o menos horas autorizadas debe comunicarse en un plazo de 10 días a partir de la fecha del cambio.

## INFORMAR DE CAMBIOS PARA SNAP

Hay dos categorías de informes en SNAP. Informes simplificados (SR) e informes de beneficios transitorios (TBR). La categoría de informes a la que se le asignará está determinada por su situación familiar. Se le informará sobre la categoría de notificación, el período de certificación y los requisitos de notificación en su Notificación de elegibilidad. Recibirá la Notificación de elegibilidad por correo postal. Si su categoría de informe de beneficios SNAP cambia durante el período de certificación, recibirá otra notificación con los nuevos requisitos de informe para la nueva categoría. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para entender su aviso o categoría de informe, comuníquese con DHHS o visite en línea: [www.iSERVE.nebraska.gov](http://www.iSERVE.nebraska.gov) y seleccione "Gestionar beneficios".



## TARJETA DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)

Los beneficios SNAP se emiten en una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT). Si ha perdido o extraviado su tarjeta EBT, llame al (877) 247-6328 para solicitar una tarjeta de reemplazo.

Si un minorista tiene que completar una transacción manual, llamada vale, debido a un problema con el sistema host y obtiene autorización para la transacción, el vale se presentará para el pago de fondos de su cuenta EBT. Si no dispone de fondos suficientes para cubrir el pago, se le notificará y el vale podrá volver a presentarse para su pago en uno o varios meses posteriores. No se permite volver a presentar los vales debido a problemas con la tarjeta EBT, errores del PIN Pad o del lector de tarjetas, o mal funcionamiento del terminal POS..

Si cree que un minorista le ha cobrado de más por los beneficios SNAP, puede presentar una reclamación ante el proveedor de la tarjeta. Para hacerlo, llame al Servicio al Cliente de EBT al (877) 247-6328, y desde el menú principal elija sus transacciones de alimentos. Busque la transacción que desea disputar y seleccione la opción para disputar los cargos.

Si recibió productos, pero el minorista no le cobró, este puede solicitar un ajuste en su cuenta presentando una solicitud de ajuste al proveedor de la tarjeta. Se le notificará sobre la solicitud de ajuste del minorista. Si está de acuerdo con el ajuste, no es necesario que haga nada. Si solicita una audiencia justa dentro de los 15 días posteriores a la notificación, recibirá un crédito provisional en espera de la audiencia.

## RESTRICCIONES SOBRE EL USO DE BENEFICIOS ELECTRÓNICOS

**AVISO:** Si recibe sus beneficios ADC, AABD, SDP, RRP o LIHEAP a través de la tarjeta de débito ReliaCard, sepa que es una violación de la ley federal y / o la regulación estatal acceder a estos fondos desde un cajero automático ubicado en o mediante una compra en el punto de venta en los siguientes tipos de negocios:

1. Tiendas de licores;
2. Casino, Casino de Juegos o Establecimiento de Juegos; o
3. Cualquier establecimiento minorista que ofrezca entretenimiento orientado para adultos en el que los artistas se vistan desnudos o actúen sin ropa para entretenimiento.

## CUMPLIMIENTO DE LA MANUTENCIÓN INFANTIL (CSE)

**Requisitos de elegibilidad:** Como condición para ser elegibles, los beneficiarios de ADC, SNAP y Subsidio para el cuidado infantil deben recibir los servicios de CSE y no tienen la opción de rechazar ninguno de estos servicios. La oficina del CSE le enviará por correo un documento que describe sus derechos y responsabilidades en lo que respecta al Programa CSE de Nebraska.

**Beneficios de los Servicios de Manutención Infantil:** su cooperación con la Unidad de CSE puede ser valiosa para usted y su hijo porque podría dar lugar a los siguientes beneficios:

- Establecer la paternidad de su hijo
- Establecer/aplicar y cobrar sentencias de manutención infantil y/o médica; y
- Usted y su hijo pueden tener derecho a futuros beneficios de la Seguridad Social, veteranos, otros beneficios del gobierno o cobertura médica

**¿Qué es la cooperación?** La cooperación incluye cualquier acción relevante o necesaria para alcanzar los objetivos de la aplicación de la manutención de los hijos. Usted está obligado a cooperar con el CSE, a menos que se haya determinado una causa justificada (véase más abajo) para no cooperar. Usted está obligado(a) a cooperar con el CSE para obtener lo siguiente:

Los beneficiarios de ADC están obligados a cooperar con el CSE en la consecución de los siguientes objetivos:

1. Identificación y ubicación del padre o padres/presunto padre de un(a) niño(a) que recibe pagos de subvenciones de ADC;
2. Establecimiento de la paternidad;
3. Establecimiento/aplicación de una orden de manutención;
4. Modificación de una orden de manutención; y
5. Cobro y distribución de los pagos de manutención.

Los beneficiarios del Subsidio de Cuidado Infantil remitidos a los servicios de manutención infantil están obligados a cooperar con la aplicación de manutención infantil para alcanzar los siguientes objetivos:

1. Identificación y ubicación del padre o de los padres o del presunto padre de un niño que recibe beneficios de subsidio de cuidado infantil;
2. Establecimiento de la paternidad;
3. Establecimiento/aplicación de una orden de manutención;
4. Modificación de una orden de manutención; y
5. Cobro y distribución de los pagos de manutención.

Los beneficiarios del SNAP remitidos a los servicios de manutención infantil están obligados a cooperar con la Aplicación de Manutención Infantil para alcanzar los siguientes objetivos:

**Padres con custodia y padres sin custodia:**

1. Establecimiento de la paternidad; y
2. Establecimiento, modificación o aplicación de una orden.

**Circunstancias de buena causa:** Usted debe ponerse en contacto inmediatamente con su trabajador encargado de la Aplicación de manutención infantil si en algún momento cree que la cooperación o el procedimiento para establecer o asegurar la manutención va en contra del mejor interés de su(s)

# Derechos y Responsabilidades

hijo(s), padre/madre/familiar cuidador necesitado, y/o tutor/conservador para el que se solicita la manutención. Usted tendrá que presentar una solicitud de reclamo de buena causa para no cooperar con los requisitos de manutención infantil. A continuación se indican las circunstancias en las que puede quedar exento del requisito de cooperación:

- Se prevé que la cooperación puede provocar un daño físico o emocional grave a usted o al niño;
- El(la) niño(a) nació como resultado de una violación forzada o incesto;
- Hay procedimientos judiciales pendientes para la adopción del(de la) niño(a); o
- Usted está trabajando con una agencia que le ayuda a decidir si dar al(a la) niño(a) en adopción.

Probar una buena causa: Es su responsabilidad:

- Aportar las pruebas necesarias para determinar si debe quedar exento del requisito de cooperación.
- Entregar las pruebas necesarias a la agencia en un plazo de 20 días después de reclamar la buena causa.

La oficina de Aplicación de manutención infantil puede:

- Determinar su reclamo basado en las pruebas que usted le da a la agencia; o
- Decidir llevar a cabo una investigación para verificar su reclamo. Si se decide que es necesaria una investigación, es posible que se le pida que dé información, como el nombre y la dirección de la parte que no tiene la custodia, para ayudar a la investigación.
- Si es necesario ponerse en contacto con el padre sin custodia como parte de la investigación, el trabajador informará a la parte con custodia de que se intentará dicho contacto.

Si usted no coopera y no tiene una Buena Causa, se arriesga a las penalidades de:

- Reducción del 25% de su subvención de ADC, y
- No recibir asistencia médica para usted
- Pérdida de los beneficios del subsidio para el cuidado infantil
- Pérdida de la elegibilidad de SNAP para usted

Asignación de ayuda para los casos de ADC aprobados a partir del 1 de octubre de 2009: Cuando la asistencia monetaria de la ADC se paga a un individuo o a una unidad familiar, el Estado tiene derecho a recibir y retener los pagos de manutención infantil/conyugal/médica que se deban a cualquier persona que figure en la solicitud de asistencia. Este proceso, conocido como asignación, incluye la manutención que se vence mientras el individuo recibe la ayuda monetaria de la CAD. Los cobros de manutención se pagarán de acuerdo con las leyes y normas estatales y federales. Cualquier pago de manutención infantil/conyugal/médica recibido directamente por un beneficiario de la ADC en el mismo mes que la asistencia en efectivo de la ADC debe ser notificado y devuelto al Estado inmediatamente.

Cuota anual para la aplicación de la manutención infantil (CSE): Al beneficiario de la orden de manutención se le cobrará una cuota anual de \$35.00 una vez que se hayan desembolsado \$550 de manutención, a menos que el beneficiario cumpla con una de las exenciones a continuación. Cuando se haya desembolsado un mínimo de \$550, el próximo cobro será retenido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, y se aplicará a la cuota de \$35.00.

Excepción para que se le cobre la cuota:

- Anteriormente ha recibido, o actualmente está recibiendo, Ayuda a Niños Dependientes (ADC) y/o Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF);
- Caso(s) IV-D de CSE que incluya(n) niño(s) que esté(n) recibiendo actualmente y/o previamente servicios de cuidado de acogida IV-E;
- La cuota fue evaluada y cobrada en otro estado durante el actual año fiscal federal; o
- Beneficiarios de SNAP sujetos a las disposiciones de cooperación para la elegibilidad de SNAP.

Es su responsabilidad notificar a la oficina de CSE si su caso califica como una excepción según lo indicado anteriormente.

Uso de los números de la seguridad social: Aviso de la Ley de Privacidad de 1974; la divulgación de su número de seguro social y los números de seguro social de su(s) hijo(s) es requerida por la ley federal 42 U.S.C. 666 (a)(13). El Servicio de Manutención Infantil utilizará estos números de seguridad social únicamente con el fin de establecer y hacer cumplir la manutención.

## PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA DOMÉSTICA DE BAJO INGRESO DE NEBRASKA (LIHEAP)

Los pagos de LIHEAP se enviarán a los proveedores de servicios públicos en la mayoría de los casos. Si un hogar recibe pagos de LIHEAP directamente, debe aceptar la responsabilidad total de pagar las facturas de servicios públicos. Al solicitar o recibir LIHEAP, el hogar entiende que la información recopilada para la elegibilidad del programa LIHEAP y el estado de elegibilidad del hogar para LIHEAP puede ser divulgada a programas de energía, proveedores de servicios públicos y proveedores de climatización. El DHHS puede compartir y utilizar la información recopilada con el fin de evaluar y administrar LIHEAP.

## ADVERTENCIA LIHEAP

Las personas que hayan proporcionado información falsa a sabiendas pueden estar sujetas a la descalificación de LIHEAP debido a una violación intencional del programa (IPV). Una persona que comete una IPV no es elegible de la siguiente manera:

- Una persona no es elegible para LIHEAP durante el período en que la persona está descalificada para recibir otros beneficios de asistencia económica debido a una IPV en otro programa.
- Una persona que comete una IPV LIHEAP no es elegible de la siguiente manera:
  - Para una primera IPV, la persona deja de ser elegible para cualquier beneficio de LIHEAP por el resto del año del programa y el próximo año completo del programa.

- Para una segunda IPV, la persona deja de ser elegible para cualquier beneficio de LIHEAP por el resto del año del programa y los siguientes tres años completos del programa.
- Para una tercera (y cualquier subsiguiente) IPV, la persona deja de ser elegible permanentemente para los beneficios de LIHEAP.

El hogar completo no es elegible para la asistencia de crisis de LIHEAP para pagar cualquier factura incurrida durante cualquier período en que un miembro del hogar esté bajo una sanción por una IPV.

## AYUDA A LOS MENORES DEPENDIENTES (ADC) PENALIZACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

Las personas que han proporcionado información falsa a sabiendas para calificar para los beneficios de subsidio de ADC o Cuidado Infantil pueden estar sujetas a descalificación debido a una Violación Intencional del Programa (IPV). Para el Programa ADC, solo se descalificará a la persona que se determine que ha cometido la IPV. Para el subsidio de cuidado infantil, la persona que haya cometido el IPV y su familia quedarán descalificadas. El período de descalificación será:

- a. Por una primera violación, hasta un año;
- b. Por una segunda violación, hasta dos años;
- c. Por una tercera violación, descalificación permanente.

Estas sanciones también se impondrán si un tribunal determina que una persona ha infringido la ley de Nebraska. Rev. Stat. § 68-1017.

## REQUISITOS DE TRABAJO DE ADC

Si recibe asistencia de efectivo de ADC, debe participar en actividades de trabajo aprobadas a menos que califique para una excepción. Si no coopera con los requisitos laborales, sus beneficios pueden verse reducidos o terminados. Los receptores de ADC deberán desarrollar y firmar un Contrato de autosuficiencia individualizado que identificará los objetivos y enumerará los pasos necesarios para ser económicamente autosuficiente.

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN ADC

Al solicitar el Programa ADC, el solicitante comprende que la información recopilada en el formulario de solicitud, así como la información de elegibilidad del programa ADC, puede divulgarse a los socios de los programas de la Ley de Oportunidad e Innovación de la Fuerza Laboral (WIOA) de conformidad con 34 CFR 361.38 (e). DHHS puede compartir y usar la información recopilada con fines de referencia, investigación, evaluación y análisis.

## ASISTENCIA DISPONIBLE PARA VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL, Y SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, AGRESIÓN SEXUAL O ACOSO

Si usted es víctima de acoso sexual o sobreviviente de violencia doméstica, agresión sexual o acoso y necesita ayuda para acceder a los servicios disponibles en Nebraska, comuníquese con el DHHS al 1-800-383-4278, con su asistente social asignado del DHHS o con su administrador de casos de Employment First.

## ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP)

La información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. Si algo se encuentra incorrecto, la participación en SNAP puede ser reducida, terminada o negada. Las personas que han proporcionado información falsa a sabiendas pueden estar sujetas a enjuiciamiento penal. Cualquier miembro de un hogar que viole cualquiera de estas reglas a propósito puede ser excluido de SNAP por 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda violación y permanentemente por la tercera violación. Además, los individuos pueden ser multados con hasta \$ 250,000, encarcelados por hasta 20 años y sujetos a enjuiciamiento bajo otras leyes federales aplicables. Un tribunal también puede excluir a una persona del programa por un delito grave o un delito menor durante 18 meses adicionales. Las personas condenadas por tráfico de beneficios por un monto total de \$ 500 o más no serán elegibles permanentemente para participar en SNAP en la primera ocasión de dicha violación. Las personas declaradas culpables de usar y/o recibir y/o intentar usar y/o recibir beneficios de SNAP a cambio de armas de fuego, municiones o explosivos, no serán elegibles permanentemente para SNAP en la primera ocasión de dicha violación. Las personas condenadas por un delito menor o grave por intercambiar o intentar intercambiar beneficios de SNAP por drogas no serán elegibles para SNAP durante 24 meses por la primera violación, y no serán elegibles permanentemente por la segunda violación. Si se descubre que ha realizado una declaración o representación fraudulenta con respecto a la identidad o el lugar de residencia para recibir múltiples beneficios de SNAP simultáneamente, no será elegible para participar en el Programa por un período de 10 años.

NO:

- Proporcionar información falsa, incorrecta o incompleta para intentar obtener o continuar obteniendo beneficios de SNAP.
- Comerciar o vender o intentar comerciar o vender beneficios SNAP o tarjetas EBT.
- Utilizar los beneficios SNAP o las tarjetas EBT de otras personas, salvo que se haya designado lo contrario.
- Usar los beneficios de SNAP para comprar artículos no alimentarios, como alcohol o cigarrillos, o para pagar cuentas de crédito.
- Usar beneficios de SNAP para comprar drogas ilegales, armas de fuego, municiones o explosivos.
- Pagar por alimentos comprados a crédito con beneficios de SNAP. Hacerlo podría resultar en descalificación.

Las personas declaradas culpables en un tribunal federal, estatal o local de los siguientes delitos serán descalificadas para participar en SNAP:

- Uso de los beneficios del SNAP en la venta de una sustancia controlada, después del 22 de septiembre de 1996: inhabilitado durante 24 meses por la primera infracción, de forma permanente por la segunda infracción.
- Recepción de los beneficios del SNAP en una transacción relacionada con la venta de una sustancia controlada, después del 22 de septiembre de 1996: descalificación durante 24 meses por la primera infracción y descalificación permanente por la segunda infracción..

- Delito grave por venta o distribución de una sustancia controlada, incluyendo la intención de vender o distribuir: descalificación permanente. La persona debe haber cometido y haber sido condenada por el delito grave relacionado con drogas después del 22 de agosto de 1996.
- Cometido y condenado por un delito grave relacionado con drogas por posesión o consumo de una sustancia controlada o por un delito cometido mientras se encontraba bajo los efectos de dicha sustancia. Si el individuo ha tenido tres o más condenas por posesión o uso, después del 22 de septiembre de 1996, la persona queda permanentemente descalificada. Si la persona ha tenido menos de tres condenas y no ha participado ni completado un programa de tratamiento por abuso de sustancias autorizado por el estado o acreditado a nivel nacional desde la fecha de la última condena, la persona queda descalificada.
- Uso de los beneficios del SNAP para comprar armas de fuego, municiones y explosivos, después del 22 de septiembre de 1996: inhabilitación permanente. Recepción de los beneficios del SNAP en una transacción relacionada con la venta de armas de fuego, municiones y explosivos, después del 22 de septiembre de 1996: inhabilitación permanente.
- Falsificar la residencia o la identidad con el fin de recibir múltiples prestaciones SNAP: inhabilitado durante 10 años. Tráfico de beneficios de SNAP de \$500 o más, después del 22 de septiembre de 1996: descalificación permanente.
- Durante el tiempo que una persona se encuentre fugada para evitar ser procesada, detenida o encarcelada tras haber sido condenada por un delito o por intentar cometer un delito que constituya un delito grave según la legislación del lugar del que se ha fugado, o que esté incumpliendo una condición de libertad condicional o libertad bajo palabra federal o estatal, dicha persona no podrá participar en el programa SNAP.

## ESTATUS DE INMIGRACIÓN PARA SNAP

El estatus de extranjero de los miembros del hogar solicitante puede estar sujeto a verificación por parte de USCIS mediante la presentación de información de la solicitud a USCIS, y la información enviada recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad del hogar y el nivel de beneficios.

## REGISTRO DE TRABAJO DE SNAP

Para SNAP, la firma del cabeza de familia, otro adulto del hogar o un representante autorizado en esta solicitud constituye el registro para trabajar de todos los miembros del hogar no exentos.

## PROGRAMA DE SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL

El propósito del Programa de Subsidio para el Cuidado Infantil es ayudar a las familias de bajos ingresos con el cuidado de niños. La asistencia para el cuidado de niños está disponible para los beneficiarios que cumplan con todos los elementos de elegibilidad y tengan una necesidad permitida de servicios, según lo definido en el Título 392 de NAC.

La asistencia para el cuidado de niños está disponible para niños de 12 años o menores. La asistencia para el cuidado de niños puede estar disponible para jóvenes de 13 a 18 años si el joven tiene una necesidad especial verificada por un profesional médico.

Las autorizaciones para el cuidado infantil no pueden comenzar antes de la fecha en que los padres informen al DHHS de la necesidad de cuidado infantil o de un cambio.

Los subsidios para el cuidado infantil son pagados directamente al proveedor por el DHHS. Sin embargo, es posible que algunos beneficiarios de servicios de cuidado infantil deban pagar parte de los gastos de cuidado infantil. Esto se llama una tarifa variable. Esta tarifa debe pagarse, o el caso de cuidado infantil podría cerrarse hasta que el beneficiario haya llegado a un acuerdo satisfactorio con el proveedor para el pago de la tarifa.

El cuidado infantil solo puede usarse para el propósito autorizado. Si utiliza el cuidado infantil por otro motivo, es posible que se le requiera reembolsar al DHHS por el cuidado infantil no autorizado.

Los beneficiarios de cuidado infantil deben cooperar en el establecimiento y la recaudación de la manutención de menores si hay un padre no custodio. Este requisito puede ser eximido en casos donde se haya aprobado una causa justificada.

### Información Importante:

- La autorización para el cuidado infantil no puede comenzar antes de la fecha en que los padres informen al DHHS de la necesidad de cuidado infantil o de un cambio. Ejemplo: Si comienza el cuidado hoy o cambia de proveedor de cuidado infantil hoy y no lo informa al DHHS durante dos semanas, el cuidado infantil no estará autorizado durante las dos semanas anteriores a su contacto con el DHHS.
- Los padres son responsables de informar sobre la necesidad de cuidado infantil y cualquier cambio; no es responsabilidad del proveedor de cuidado infantil. En el caso de los hogares con dos progenitores, ambos deben cumplir uno de los requisitos para el cuidado infantil enumerados anteriormente para que se autorice dicho cuidado.
- Algunas familias deben pagar una parte de los gastos de cuidado infantil. Esto se llama una tarifa u obligación. Esta tarifa debe pagarse o el caso de cuidado infantil se cerrará hasta que el padre haya llegado a un acuerdo satisfactorio con el proveedor para el pago de la tarifa.
- El cuidado infantil en el hogar del niño se denomina "cuidado infantil en el hogar" y solo se puede pagar si el niño tiene una necesidad especial (que debe estar documentada por un médico) O una enfermedad infantil O si se necesita cuidado infantil durante la noche (después de las 7 p. m. o antes de las 7 a. m.), durante la madrugada, los fines de semana o los días festivos si no hay otros servicios de cuidado infantil disponibles O si hay tres o más niños bajo cuidado. El proveedor en el hogar puede ser una persona (que no sea el padre o la madre) que viva con el niño solo si este tiene una necesidad especial o una enfermedad infantil.
- Informe al DHHS si el progenitor que no tiene la custodia está obligado por orden judicial o paga alguno de los gastos de cuidado infantil.
- El cuidado infantil solo puede usarse para el propósito autorizado. Si utiliza el cuidado infantil para otro fin, es posible que se le exija reembolsar al DHHS el importe correspondiente al cuidado infantil no autorizado.
- El progenitor que solicite el Subsidio para el Cuidado Infantil debe cooperar en el establecimiento y cobro de la pensión alimenticia si existe un progenitor que no tiene la custodia. Esto se aplica solo a un niño que está recibiendo el Subsidio para el Cuidado Infantil. Este requisito puede no aplicarse en casos de violencia doméstica.



# Derechos y Responsabilidades

## AUDIENCIAS IMPARCIALES

Si no está de acuerdo con alguna medida tomada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (DHHS) que afecte a sus beneficios, puede solicitar una audiencia imparcial por escrito o verbalmente para SNAP. Su caso puede ser presentado por un miembro de su familia o un representante, como un asesor legal, un familiar, un amigo u otro portavoz. Puede seguir recibiendo su nivel actual de asistencia, lo que se conoce como continuación de los beneficios, hasta que se tome una decisión en la audiencia SI (1) solicita una audiencia en un plazo de diez días a partir de la fecha de la notificación de la agencia y (2) solo en el caso de los beneficios SNAP, su período de certificación no ha expirado. La solicitud de audiencia imparcial debe presentarse en un plazo de 90 días a partir de la acción o inacción. Usted o su representante tienen derecho a examinar el expediente de su caso. En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o ser representado por otra persona.

A efectos del cálculo de los plazos descritos anteriormente, no se cuenta la fecha de envío por correo. Si el último día de los periodos de 10 o 90 días cae en un sábado, domingo o día festivo, el plazo se amplía hasta el siguiente día hábil.

Si se presenta una solicitud de audiencia dentro del plazo de notificación de la medida adversa y su período de certificación no ha expirado, la participación continuará con el mismo nivel de beneficios, a menos que renuncie a la continuación de los beneficios. Si no renuncia por escrito a su derecho a continuar recibiendo los beneficios, el Departamento asumirá que desea continuar recibéndolos y los emitirá en consecuencia. Si la decisión de la audiencia confirma la medida tomada por el Departamento, este iniciará una reclamación contra el hogar para que devuelva todos los fondos recibidos.

En un plazo de 60 días a partir de la recepción de una solicitud de audiencia imparcial, el Departamento se asegurará de que se celebre la audiencia, se tome una decisión y se notifique la decisión al hogar y a la agencia mediante una orden. El miembro del hogar o su representante tiene derecho a un aplazamiento de un máximo de 30 días de la audiencia programada si la solicitud de aplazamiento se presenta al menos diez días antes de la fecha prevista para la audiencia.

El hogar puede retirar una solicitud de audiencia imparcial, verbalmente o por escrito, en cualquier momento antes de que se tome una decisión sobre la audiencia imparcial. Si la solicitud de baja se realiza verbalmente, la oficina enviará una notificación por escrito al hogar en un plazo de diez días a partir de la solicitud de baja, confirmando la solicitud y ofreciendo al hogar la oportunidad de solicitar otra audiencia si lo desea. Cada hogar tiene derecho a una audiencia imparcial restablecida por cada apelación.

## DERECHOS CIVILES

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los remedios y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en Cómo presentar una queja por discriminación en un programa y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentados al USDA antes del:

(1) Correo: Servicio de Alimentos y Nutrición del USDA, 1320 Braddock Place, Sala 334, Alexandria, VA 22314; o

(2) Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) Teléfono: (833) 620-1071

(4) Correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades

## NÚMERO DE SEGURO SOCIAL/CIUDADANÍA

El DHHS solicita los números de la Seguridad Social (SSN) de todas las personas para las que se solicita asistencia, tal y como exigen las leyes federales sobre la Seguridad Social y los cupones de alimentos. Las personas que no solicitan asistencia para sí mismas no están obligadas a tener ni a proporcionar un número de la Seguridad Social. Si la persona es responsable económicamente de otras personas de la unidad de asistencia, se utilizará el número de la Seguridad Social para verificar los ingresos y/o recursos mediante comparaciones informáticas como se indica a continuación u otros contactos para que se pueda determinar la elegibilidad de aquellos que solicitan asistencia. Si no se proporciona el número de la Seguridad Social, la unidad de asistencia deberá asumir la responsabilidad de proporcionar la información necesaria para determinar la elegibilidad de las personas que solicitan asistencia. Los números de la Seguridad Social facilitados se utilizarán y divulgarán de la misma manera que los números de la Seguridad Social de los participantes elegibles. En el caso de los beneficios del SNAP, los números de la Seguridad Social pueden ser revelados a otras agencias federales y estatales para su examen oficial, así como a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a las personas que huyen para eludir la ley. Si un hogar tiene un pago excesivo de beneficios SNAP, la información de esta solicitud, incluidos los números de la Seguridad Social, puede ser remitida a agencias federales y estatales, así como a agencias de cobro privadas, para que se tomen medidas de cobro del pago excesivo. El número de la Seguridad Social (SSN) de cada persona de la unidad de asistencia que facilite su SSN se cotejará informáticamente con los siguientes programas para ayudar a determinar su elegibilidad: Estadísticas vitales, subsidio por desempleo, empleo, manutención infantil, recursos, ingresos, beneficios de la Seguridad Social (RSDI), ingresos suplementarios de la Seguridad Social (SSI) y beneficios para veteranos. Estos servicios serán verificados mediante la información recibida de las siguientes agencias: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Departamento de Trabajo de Nebraska, Administración del Seguro Social, Secretario del Tribunal de Distrito, Centro de Pagos de Manutención Infantil, Servicio de Impuestos Internos y Administración de Veteranos.

La información recibida de estas agencias se utiliza y verifica, y podría afectar el tipo y la cantidad de asistencia que las personas reciben. Los SSN

# Derechos y Responsabilidades

también se utilizan en la comparación de datos y en las revisiones o auditorías de programas para asegurarse de que cada hogar reciba la cantidad correcta de beneficios. Esto puede dar lugar a acciones penales o civiles o reclamaciones administrativas contra las personas que participen de manera fraudulenta. Para solicitar el Subsidio para el Cuidado Infantil y los Servicios Sociales para Personas Mayores y Discapacitadas (SSAD), no es necesario presentar el número de la Seguridad Social (SSN) y no se denegará la elegibilidad si no se proporciona dicho número. No se requiere un SSN para solicitar estos programas y la elegibilidad no será denegada si no se proporcionan SSN. Si se proporciona un SSN, se utilizará para ensamblar conjuntos de datos de investigación que no identifiquen a individuos y para verificar ingresos.

Si está solicitando beneficios de SNAP o Asistencia para el Cuidado de Niños, esta solicitud le pide que nos informe sobre la ciudadanía y el estado migratorio de las personas en su hogar. Para la Asistencia de Cuidado de Niños, debe informarnos sobre el estado de ciudadanía o inmigración de los niños que recibirán asistencia. Esta solicitud también le pide que nos facilite los números de la Seguridad Social de todos los miembros del hogar. Utilizamos los números de la Seguridad Social para ayudarnos a verificar información como los ingresos. Si alguien en su hogar no tiene un número de seguro social (SSN), podemos ayudarlo a solicitarlo y su solicitud no se retrasará. Solo aquellas personas que proporcionen información sobre su estatus migratorio y su número de la Seguridad Social pueden recibir prestaciones SNAP. Si algunos miembros de la familia o del hogar no desean solicitar los beneficios del SNAP, no es necesario que proporcionen esta información. Si las personas de su hogar deciden no proporcionarnos información sobre su estatus migratorio o su número de seguro social, deberán proporcionarnos la información necesaria para determinar la elegibilidad de las demás personas de su hogar. Puede retirar su solicitud de beneficios para estas personas o puede retirar toda su solicitud.

La recopilación de esta información, incluido el número de seguro social de cada miembro del hogar, está autorizada bajo la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, según enmienda, 7 U.S.C. 2011-2036. La información se utilizará para determinar si su hogar es elegible o continúa siendo elegible para participar en SNAP. Verificaremos esta información a través de programas de comparación de datos por computadora. Esta información también se utilizará para supervisar el cumplimiento de las normas del programa y para la gestión del mismo. Proporcionar la información solicitada, incluido el SSN de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, la falta de proporcionar un SSN resultará en la denegación de beneficios de SNAP a cada individuo que no proporcione un SSN. Los números de la Seguridad Social proporcionados se utilizarán y divulgarán de la misma manera que los números de la Seguridad Social de los miembros elegibles del hogar.

## REGISTRO DE VOTANTES

Tenga en cuenta que la información y la oficina a la que se presentó la solicitud serán confidenciales y solo se utilizarán para fines de registro de votantes. Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia o servicios que esta agencia le proporcionará. Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad a la hora de decidir si registrarse o solicitar el registro para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante:

**Secretario de Estado de Nebraska**

**Edificio del Capitolio Estatal**

**Lincoln, Nebraska 68509-4608**

**Teléfono (402) 471-2554**

## SDP Y RRP MÉDICO

**Responsabilidad de Terceros:** Las personas que reciben Asistencia Médica ceden al DHHS su derecho a cualquier apoyo médico u otro pago por atención médica, acuerdan cooperar con el DHHS para establecer la paternidad y cooperan con el DHHS para obtener cualquier pago de terceros disponible, como un pago de seguro o un acuerdo judicial. Los beneficios de Medicare no se asignan. Las personas deben cooperar con el DHHS en obtener el reembolso del costo de la atención médica y los servicios para cualquier miembro de la unidad de asistencia. La negativa a cooperar dará lugar a la pérdida del derecho a recibir asistencia médica por parte de esa persona. El DHHS eximirá del requisito de cooperar si determina que la persona tiene motivos justificados para negarse a cooperar. Si en algún momento desea alegar una causa justificada, debe informar al DHHS que cree que tiene una causa justificada. Una causa justificada es una conclusión del DHHS de que la cooperación va en contra del interés superior del menor o de la persona, ya que se prevé que dicha cooperación dará lugar a represalias y causará daños físicos o emocionales a la persona u otras personas. Estatutos Revisados de Nebraska §§68-716, 68-916 y 68-917.

**Divulgación de registros médicos:** Previa solicitud, cualquier persona que tenga registros médicos e información o la custodia de dichos registros relacionados con los beneficiarios deben entregarlos al DHHS. Esta información se utilizará según lo dispuesto en el Aviso sobre prácticas de privacidad de la información.

**Acuerdo de reembolso médico:** Cuando el DHHS paga por los servicios de un beneficiario, la cantidad que el DHHS ha pagado para tratar la lesión o enfermedad debe incluirse en cualquier reclamación legal presentada contra un tercero. Si el beneficiario recibe posteriormente una indemnización del seguro o un acuerdo judicial, se deberá notificar al DHHS dicho acuerdo y reembolsarle la asistencia médica que haya pagado anteriormente con cargo a dicho acuerdo.

### Servicios médicos:

- Presente prueba de su elegibilidad actual a los proveedores médicos antes de obtener los servicios.
- Consulte a su proveedor médico o al DHHS sobre qué servicios están cubiertos.
- Informe al DHHS y a sus proveedores médicos sobre cualquier cobertura de seguro de salud que tenga (incluida la cobertura dental).
- Acepte inscribirse en el seguro de salud grupal basado en el empleador si el DHHS determina que es rentable.
- Acepte cumplir con los requisitos de atención administrada.
- Pague los costos de todos los gastos médicos no cubiertos.
- Si recibe facturas o extractos de proveedores o agencias de cobro, es su responsabilidad informarles inmediatamente que su cobertura es a través de DHHS.
- El incumplimiento de determinadas condiciones puede dar lugar a que usted sea responsable del pago de las facturas.



# Derechos y Responsabilidades

**Programa de Recuperación de Bienes de Medicaid:** Según la ley federal (Ley de Seguridad Social, Título 19, Sec. 1917 {42 U.S.C. 1396P}) y la ley estatal (Nebraska Rev. Stat 68-919), el Programa de Recuperación de Bienes de Medicaid autoriza al DHHS a recuperar los bienes de los clientes fallecidos de Medicaid que estaban institucionalizados de forma permanente o tenían más de 55 años cuando se les proporcionaron los beneficios. Las leyes federales y estatales contemplan ciertas exenciones para el Programa de Recuperación de Bienes de Asistencia Médica (471 NAC 38-000). Para obtener más información o si tiene preguntas sobre los Programas de Recuperación de Bienes de Medicaid, debe comunicarse con DHHS.

## ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

El DHHS de Nebraska y aquellas agencias, incluidas las instalaciones de atención médica y los programas de asistencia médica que están afiliados bajo el control común de la Ley de Salud y Servicios Humanos, están obligados por la ley federal a mantener la privacidad de la Información de Salud Protegida y a proporcionar un aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información de Salud Protegida.

### PRÁCTICAS Y USOS:

El DHHS puede acceder, usar y compartir información médica sin su consentimiento para los siguientes propósitos:

- **Tratamiento:** Podemos usar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos compartir su información con una enfermera, profesional médico u otro personal que le esté brindando tratamiento o servicios. Por ejemplo, un médico que te está tratando por una pierna rota puede necesitar saber si tienes diabetes porque la diabetes puede ralentizar el proceso de curación. Diferentes agencias dentro del DHHS pueden compartir su información médica para coordinar las diferentes cosas que necesita, o para apoyar y mantener su continuidad de atención.
- **Pago:** Podemos usar y divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que reciba puedan ser facturados. Por ejemplo, podemos usar su información médica de una cirugía que recibió en el hospital para que el hospital pueda ser reembolsado.
- **Operaciones:** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar su tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño del personal.

### OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS QUE PUEDEN REALIZARSE SIN CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN:

- **Requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar su Información de Salud Protegida en la medida en que el uso o divulgación sea requerido por la ley. Se le notificará, si así lo requiere la ley, de cualquier uso o divulgación de este tipo.
- **Salud Pública:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida para actividades y propósitos de salud pública a una autoridad de salud pública que esté permitido por la ley para recopilar o recibir la información.
- **Enfermedades transmisibles:** podemos divulgar su Información de Salud Protegida, si la ley lo autoriza, a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o puede estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o afección.
- **Supervisión de la Salud:** Podemos divulgar Información de Salud Protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, u otras actividades necesarias para la supervisión adecuada del sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales, otros programas regulatorios gubernamentales y leyes de derechos civiles.
- **Abuso o Negligencia:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por ley para recibir informes de abuso o negligencia. La divulgación se realizará de acuerdo con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.
- **Procedimientos legales:** Podemos divulgar Información de Salud Protegida en el transcurso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de un tribunal o tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada), y en ciertas condiciones en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.
- **Cumplimiento de la Ley:** También podemos divulgar Información de Salud Protegida, siempre que se cumplan los requisitos legales aplicables, para fines de cumplimiento de la ley.
- **Administración de Alimentos y Medicamentos:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida según lo requiera la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- **Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos:** Podemos divulgar información médica protegida a un médico forense o examinador médico con fines de identificación, determinación de la causa de la muerte o para que el médico forense o examinador médico realice otras tareas autorizadas por la ley.
- **Investigación:** Podemos divulgar su información médica protegida a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un comité de ética institucional para garantizar la privacidad de su información médica protegida.
- **Actividad delictiva:** Podemos divulgar su información médica protegida si creemos que el uso o la divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones Especializadas del Gobierno:** Cuando se aplican las condiciones apropiadas, podemos usar o divulgar Información de Salud Protegida de individuos que son personal de las Fuerzas Armadas para actividades militares, de seguridad nacional e inteligencia. La Información de Salud Protegida puede ser divulgada para fines de administración de beneficios públicos.
- **Compensación de Trabajadores:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida según lo autorizado para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores y otros programas legalmente establecidos similares.
- **Reclusos:** podemos usar o divulgar su información médica protegida si usted es un recluso de un centro penitenciario en el curso de la prestación de atención a usted.
- **Usos y Divulgaciones Requeridos:** Debemos realizar divulgaciones cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Servicios para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de 45 CFR, Título II, Sección 164, y siguientes.

### USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN:

Hay ciertos usos y divulgaciones de Información de Salud Protegida que requieren su autorización. Entre ellos se encuentran: la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; los usos y divulgaciones de información de salud protegida con fines de marketing; y la divulgación

# Derechos y Responsabilidades

de información de salud protegida que constituye una venta. Otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso se realizarán únicamente CON su autorización. Puede revocar esta autorización en cualquier momento según lo dispuesto por 45 CFR 164.508 (b) (5).

Otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso se realizarán solo CON su autorización. Puede revocar esta autorización en cualquier momento según lo dispuesto por 45 CFR 164.508(b)(5).

## SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD:

- **Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar su información médica, debe presentar una solicitud por escrito en el Sitio de Servicio o en la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA del DHHS. Si solicita una copia, podemos cobrar una tarifa por el costo de la copia, el envío y otros suministros asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación.
- **Derecho de modificación.** Si considera que la información médica sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos (corrijamos) la información. Usted tiene derecho a solicitar una modificación siempre y cuando la información sea conservada por o para el DHHS. Para solicitar una modificación, su solicitud debe realizarse por escrito y enviarse al centro de servicio o a la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA del DHHS. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o no incluye una razón que justifique la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:
- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la modificación;
- No forma parte de la información médica mantenida por o para el DHHS;
- No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o,
- Es precisa y completa.
- **Derecho a un Informe de Divulgaciones.** Tiene el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica. Debe enviar su solicitud por escrito en el Sitio de Servicio o a la Oficina de Privacidad y Seguridad de HIPAA del DHHS. Su solicitud debe indicar un período de tiempo para las divulgaciones, el cual no puede ser superior a seis (6) años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea que se le proporcione la lista.
- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, y a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones a menos que sea para el pago o las operaciones de atención médica y usted use sus propios fondos para pagar, en su totalidad, un artículo o servicio de atención médica. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito en el Sitio de Servicio o en la Oficina de Privacidad y Seguridad de HIPAA del DHHS. En su solicitud debe indicarnos: (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites.
- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera específica o en un lugar determinado. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito en el Sitio de Servicio o a la Oficina de Privacidad y Seguridad de HIPAA del DHHS. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.
- **Derecho a obtener una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, [http://dhhs.ne.gov/Pages/hipaa\\_hp-1-p-notice.aspx](http://dhhs.ne.gov/Pages/hipaa_hp-1-p-notice.aspx) o contactándonos.
- **Exclusión de las comunicaciones de recaudación de fondos.** Si el DHHS lleva a cabo actividades de recaudación de fondos, usted tiene derecho a optar por no recibir esta comunicación.
- **Notificación de incumplimiento.** En caso de que el DHHS infrinja su información de salud protegida no asegurada según lo definido por HIPAA, recibirá una notificación de la infracción.

## QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el DHHS o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante el DHHS, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad y Seguridad de HIPAA del DHHS. Para presentar una queja ante HHS, comuníquese con: Secretario, Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Avenue, SW Room 509F, Edificio HHH Washington, D.C. 20201, 1-866-OCR-PRIV (627-7748), 1-866-778-4989-TTY. No se le penalizará por presentar una queja.

## CAMBIOS EN EL AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nebraska se reserva el derecho de modificar este Aviso en cualquier momento en el futuro. Hasta que se realice dicha enmienda, la DHHS está obligada por ley a cumplir con los términos de este Aviso. El DHHS proporcionará un aviso de cualquier cambio material en la revisión de estas políticas, ya sea en formato electrónico o en papel.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

Este aviso cumple con los requisitos de "Aviso" de la Norma de Privacidad Definitiva de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este Aviso de Prácticas de Privacidad de Información o desea obtener más información sobre las prácticas de información en DHHS, diríjelas a: Oficina de Privacidad y Seguridad de HIPAA, 301 Centennial Mall South 3rd Floor, Lincoln, NE 68509-5026, por teléfono al 402-471-8417, o por correo electrónico a [DHHS.HIPAAOffice@nebraska.gov](mailto:DHHS.HIPAAOffice@nebraska.gov). Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame al 800-383-4278.

Efectivo a partir del 23/09/2013