

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**.

Solicitantes y solicitantes prospectos que indiquen que pueden tener dificultad completando el proceso de solicitud, un miembro fuera del hogar puede ser designado como representante autorizado para propósitos del procesamiento de la solicitud. El miembro del hogar o representante autorizado puede completar formularios de registro de trabajo para esos miembros del hogar requeridos para registrarse para trabajar. El representante autorizado designado para propósitos de procesamiento de la solicitud también puede ejercer responsabilidades del hogar durante el periodo de certificación, tales como reportar cambios en el ingreso del hogar u otras circunstancias del hogar. Excepto por esas situaciones en las cuales un centro de tratamiento de drogas y alcohol u otro grupo de albergue actúe como representante autorizado, la agencia estatal deberá informar al hogar que el hogar será responsable por cualquier sobrepago que resulte de información errónea dada 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
Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos ayuda a los hogares a pagar la calefacción, aire acondicionado, depósitos, reparaciones y crisis elegibles/situaciones de desconexión. • Si está solicitando LIHEAP, todos los que viven en su dirección son requeridos a solicitar.	LIHEAP

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PARA REFUGIADOS

Programa de Reasentamiento de Refugiados ayuda a las personas que cumplen los requisitos y que se han trasladado a Estados Unidos en los últimos doce (12) meses con efectivo, beneficios 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
Servicios Sociales Infantiles y Familiares ayuda a pagar por transportación no-médica y habilidades de independencia.	SSCF
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.	AABD
Programa Estatal de Discapacidad proporciona pagos en efectivo o asistencia financiera a individuos menores a 65 a quienes se les negó por medio de la Administración de Seguro Social debido a "Tiempo Insuficiente" y determinado temporalmente discapacitado, pero no más de 12 meses. Los Individuos no pueden ser elegibles para Medicaid y SDP al mismo tiempo.	SDF
Servicios Sociales para los Adultos Mayores y/o Discapacitados ayuda a los individuos mayores o discapacitados a pagar por servicios necesarios para permanecer en su hogar independientemente. • Tareas en el Hogar: servicios para ayudar a individuos a vivir más independientemente. • Transportación: transportación médica y no-médica. • Comidas: a domicilio y en congregación. • Cuidado de Día para Adultos: actividades sociales en un entorno con licencia.	SSAD
Servicios de Asistencia Personal proporciona asistencia con actividades de la vida diaria, tales como ducharse o vestirse, para un individuo con una condición médica crónica o una discapacidad para que ellos puedan permanecer en su hogar independientemente.	PAS

Correo Electrónico:	DHHS.ANDICenter@nebraska.gov	Llamadas desde Lincoln:	(402) 323-3900
Fax:	402) 742-2351	Visita una Oficina Local:	(402) 595-1258
Dirección Postal:	DHHS ANDI Center Economic Assistance P.O. Box 2992 Omaha, NE 68103-2992	TTDD:	(402) 471-7256
		Marque Gratis:	1-800-383-4278
		Visite una Oficina Local:	Encuentra la oficina local más cercana en: https://dhhs.ne.gov/Pages/Public-Assistance-Offices.aspx

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 MAS RAPIDO, COMPLETE UNA SOLICITUD EN LINEA EN WWW.ACCESSNEBRASKA.NE.GOV O HABLE PARA COMPLETAR UNA SOLICITUD POR TELÉFONO.

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 Información de extranjero (copia del frente y reverso de la tarjeta de servicios de inmigración y ciudadanía de US)
- ✓ Verificación de los servicios cerrados de otros estados
- ✓ Verificación de Ingresos para 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 Estados de cuenta bancarios

Días para procesar SNAP: Esos quienes sean elegibles para servicio urgente recibirán beneficios de SNAP dentro de 7 días de cuando DHHS recibió la solicitud. Los que no sean elegibles para servicio urgente pudieran recibir sus beneficios de SNAP dentro de 30 días de cuando DHHS recibió la solicitud. Los beneficios serán determinados desde la fecha en que la solicitud es recibida por DHHS.

(1) Programas Necesarios	Alimentos y Energía		Refugiado	Familias y Niños				Adultos Mayores y Discapacitados			
¿Para cuales programas desea solicitar?	SNAP <input type="checkbox"/>	LIHEAP <input type="checkbox"/>	RRP <input type="checkbox"/>	ADC <input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	EA <input type="checkbox"/>	SSCF <input type="checkbox"/>	AABD <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	SSAD <input type="checkbox"/>	SDP <input type="checkbox"/>

Por favor note esta no es una solicitud para cobertura o servicios de **Medicaid**. Contacte al 1-855-623-7633 para solicitar **Medicaid**.

Tarjetas necesarias	
(2) ¿Usted tiene una tarjeta de transferencia de beneficios electrónica de Nebraska (EBT) para los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, yo necesitare una tarjeta EBT.
(3) ¿Usted tiene una tarjeta de Nebraska US Bank ReliaCard para LIHEAP, RRP, ADC, y/o AABD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, yo necesitare una tarjeta ReliaCard.

INFORMACION DEL SOLICITANTE/ CABEZA DEL HOGAR: si su hogar tiene más de un adulto, debe de decir a ACCESSNebraska cual adulto debe de ser designado como "Cabeza del Hogar." **DHHS USARA A ESA PERSONA LISTADA AQUÍ COMO CABEZA DEL HOGAR.**

(4) Nombre:	Inicial Segundo Nombre	Apellido (s):	Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:

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

(6) ¿Dónde Vive?	<input type="checkbox"/> Casa – alquiler/propia/hipoteca	<input type="checkbox"/> Departamento/Dúplex/Tríplex	<input type="checkbox"/> Renta un cuarto	<input type="checkbox"/> Sin Hogar
	<input type="checkbox"/> Dormitorio	<input type="checkbox"/> Centro de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Vivienda Asistida	<input type="checkbox"/> Albergue
	<input type="checkbox"/> Asilo	<input type="checkbox"/> Casa Grupal/Hogar de Crianza/Institución de cuidado Infantil/Hogar Familiar para Adultos		
	<input type="checkbox"/> Centro para Personas con Discapacidad de Desarrollo	<input type="checkbox"/> Otro: _____		

(7) Instalación o nombre del albergue (si corresponde):	(8) ¿Es esto alojamiento público o subsidiado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

(9) ¿Es alguien en el hogar un huésped? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(10) ¿Es el solicitante un huésped? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Huésped: un individuo que vive en una casa comercial de huéspedes o vive en un hogar y paga una compensación razonable en efectivo para alimentos y hospedaje. Un huésped no es considerado miembro de un hogar participante y su ingreso y recursos no son considerados disponibles para el hogar.

(11) Dirección Física (calle, # de Unidad/Dpto.):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

(12) Dirección Postal si es diferente (calle, # de Unidad/Dpto.):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

(13) ¿Tiene usted a alguien quien necesita ser listado como "A Cargo De" (In Care Of) C/O? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, quién:
--	-------------------

(14) ¿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:
---	--

(15) Dirección Previa (calle, # de Unidad/Dpto.):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

(16) 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 completé la solicitud según mi leal saber y entender y que mis respuestas son verdaderas y correctas, incluida la información sobre la ciudadanía y la condición de extranjero de los miembros que solicitan los beneficios. Autorizo la divulgación de información al DHHS. La información solicitada se usará solo en la administración de programas de asistencia económica y no se divulgará a ninguna otra persona o agencia fuera del DHHS. Entiendo que DHHS puede divulgar información a otra agencia cuando se han solicitado servicios de esa agencia o cuando el objetivo de obtener la información es proporcionar servicios a mí o a mi hogar. Leo, entiendo y acepto la sección "¿Qué debo saber?" Ubicada en las últimas páginas de este documento.

(17) Firma de Solicitante o Representante Autorizado:	Fecha:

- Usted o su representante autorizado pueden enviar una solicitud con solo su nombre, dirección, y firma en esta página.
- Si usted está solicitando para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y está recibiendo o ha solicitado (SSI) Seguridad de Ingreso Suplementario mientras está en una institución, la fecha de la solicitud será la fecha que usted salga de la institución.
- Al presentar la solicitud, usted puede recibir información sobre los servicios de ayuda a las familias con niños para que éstos puedan seguir siendo atendidos en su hogar. Para obtener más información, llame a la línea directa de maltrato y abandono infantil al 800-652-1999.

Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

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.

(18) Número de Teléfono Celular:	(19) Número de Teléfono para Mensaje:	(20) Mejor Horario para Llamarle para una Entrevista:	
(21) Número de Teléfono Fijo:	(22) Número de teléfono TTY / TDD:	(23) Necesitas una entrevista cara a cara? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
(24) Dirección de Correo Electrónico:		Prefiere la Notificación a través de:	
		<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 correo electrónico, usted elige recibir notificación de las noticias por escrito y otra correspondencia referente a sus beneficios de DHHS por medio de la dirección de correo electrónico escrita arriba. Estos beneficios incluyen; Medicaid, CHIP, SNAP, ADC, LIHEAP, Subsidio CC, pagos de AABD y SSAD. Ya no recibirá información por medio del correo postal. Usted entiende que recibirá una notificación de la correspondencia por correo electrónico, que le proporcionará un enlace al sitio de internet de DHHS ACCESS-Nebraska donde podrá acceder a la correspondencia. Usted entiende que deberá crear una cuenta autenticada en el sitio de ACCESSNebraska para poder ver su correspondencia en Consulta de Beneficios.

Al seleccionar la opción de notificación por texto, usted está de acuerdo a recibir mensajes de textos en el número de teléfono celular arriba mencionado de DHHS sobre sus beneficios. Estos beneficios incluyen: Medicaid, CHIP, SNAP, ADC, LIHEAP, Subsidio de CC, Pagos de AABD y SSAD. Usted está de acuerdo de contactar a DHHS si su número de teléfono celular cambia o si su número no está más en su posesión. Usted entiende que usted puede optarse fuera de esto en un futuro al contactar a DHHS.

(25) **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:** \$ _____

(26) **Total de efectivo / ahorro familiar para este mes:** \$ _____

(27) **¿El ingreso mensual bruto de su hogar más sus recursos es inferior a su renta mensual o hipoteca y servicios públicos?** Sí No

(28) **Alquiler mensual o hipoteca por la cual usted es responsable de pagar:** \$ _____

(29) **¿Tiene usted una notificación de desalojo?** Sí No

(30) **¿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 detenido recientemente?** Sí No En caso afirmativo quién: _____

(31) **Seleccione todos los servicios públicos que paga o en los que incurre:**

Gas Electricidad Teléfono Aguas Residuales / Agua Combustible

Calefacción / Refrigeración Ninguno Otro: _____

(32) **¿Le cortaron los servicios de calefacción o refrigeración?** Sí No

(33) **¿Tiene un aviso de desconexión o suspensión de los servicios de calefacción o refrigeración?** Sí No

(34) **¿Se le acabó o está a punto de acabarse el combustible/fuente de calefacción (20% o menos)?** Sí No

(35) **¿Espera que su proveedor de servicios de calefacción o refrigeración le quite el plan de presupuesto?** Sí No

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

(39) **Miembros del Hogar**


Proporcione información sobre todas las personas que viven en su dirección. Incluya a cualquier persona que viva con usted, incluso si no solicita beneficios. Si no proporciona un Numero de Seguro Social (SSN), se negarán los beneficios de SNAP a cada persona que no proporcione un SSN. Cualquier SSN proporcionado se utilizará y se divulgará de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del hogar.

Nombre Completo Legal, Primero, Segundo, Apellido(s):	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?
	Yo mismo(a)				<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 se necesita espacio adicional en las siguientes secciones, proporcione en una hoja de papel separada y adjúntela a la solicitud.

(40) Miembro del Hogar No-Ciudadano

 Incluya una copia del frente y reverso de su tarjeta de los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (USCIS). Su estado de extranjero puede ser sujeto a verificación por USCIS. La información presentada recibida de USCIS puede afectar su elegibilidad o nivel de beneficios. Si la persona no ciudadana tiene un patrocinador, se le pedirá a usted 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

(41) ¿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


 **(42) ¿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?
	<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		

Embarazos

(43) ¿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:	Padre:

Menores con un Padre/Madre Viviendo Fuera del Hogar

(44) Alguno de los menores que viven en el hogar tienen a 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 comuniquen. 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.

Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

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

(45) ¿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

(46) ¿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 Medicas 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

(47) ¿Fue un accidente el motivo de su discapacidad? Sí No

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

(48) ¿Esta una compañía de seguros involucrada? Sí No

Si es así, nombre de la compañía: _____

Asistencia Médica (para Solicitantes de SDP Y RRP solamente)

(49) ¿Alguien en el hogar necesita asistencia médica? Sí No

Si es así, ¿Quién? _____

Información Militar

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

(51) ¿Usted o algún miembro en su hogar ha servido en alguna rama del ejercito? 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"/> Esposo(a) de un(a) Veterano(a) <input type="checkbox"/> Activo (a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) de un Veterano(a) (18 o más joven) <input type="checkbox"/> Reserva
	<input type="checkbox"/> Veterano(a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) de un(a) Veterano(a) <input type="checkbox"/> Activo (a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) de un Veterano(a) (18 o más joven) <input type="checkbox"/> Reserva
	<input type="checkbox"/> Veterano(a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) de un(a) Veterano(a) <input type="checkbox"/> Activo (a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) de un Veterano(a) (18 o más joven) <input type="checkbox"/> Reserva

Información de la Tribu de Nativos Americanos

(52) ¿Alguien en el hogar es miembro de una tribu de nativos americanos? Sí No

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

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

⁽⁵³⁾ ¿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

⁽⁵⁴⁾ Solo para SNAP, ¿hay alguien en el hogar que actualmente asiste a la escuela de entre 18 y 49 años? Sí No

⁽⁵⁵⁾ 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"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> De Licenciatura <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"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> De Licenciatura <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"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> De Licenciatura <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"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> De Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado(a)	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información Adicional del Hogar

Copia de Papeleo de Convicción	Sí/No	Nombre de la Persona:	Fecha:	Condado/Estado:
⁽⁵⁶⁾ ¿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			
⁽⁵⁷⁾ ¿Alguien en el hogar viola la libertad condicional o la libertad condicional bajo palabra?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ha estado alguien en el hogar:	Sí/No	Nombre de la Persona:	Fecha:	Condado/Estado:
⁽⁵⁸⁾ ¿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			
Tipo de Condena:				
⁽⁵⁹⁾ Si es así, ¿Se completó un programa de drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proporcione la fecha en que se completó y la instalación		

	Sí/No	Nombre de la Persona:	Fecha:	Condado/Estado:
⁽⁶⁰⁾ ¿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			
⁽⁶¹⁾ ¿Condenado por recibir fraudulentamente beneficios duplicados de SNAP en cualquier estado (después del 22/9/96)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
⁽⁶²⁾ ¿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			
⁽⁶³⁾ ¿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			
⁽⁶⁴⁾ ¿Condenado por intercambiar o intentar intercambiar beneficios de SNAP por drogas (después del 22/9/96)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
⁽⁶⁵⁾ ¿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			
⁽⁶⁶⁾ Si es así, ¿esta persona cumple con los términos de su sentencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
⁽⁶⁷⁾ Descalificado en uno de los siguientes programas: Ayuda para Niños Dependientes (ADC) o TANF / SNAP / Subsidio de Cuidado Infantil / LIHEAP / LIHWAP (Ejemplos de descalificación: ser encontrado culpable a través de una audiencia administrativa o un tribunal de justicia de haber proporcionado información falsa intencionalmente).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Programa(s)		Duración:	

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

⁽⁶⁸⁾ ¿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.

EMPLEO ACTUAL 1: 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		

EMPLEO ACTUAL 2: 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:	

Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

¿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
--	--

EMPLEO ACTUAL 3: 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

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

Empleos Terminados

⁽⁶⁹⁾ ¿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.

⁽⁷⁰⁾ ¿Algún miembro del hogar está en huelga? Sí No *Si es así, complete a continuación.*

EMPLEO TERMINADO 1: 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:

EMPLEO TERMINADO 2: 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

⁽⁷¹⁾ 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:

Evidencia de los ingresos brutos, como libros de contabilidad de la actividad por cuenta propia o formularios fiscales.

- 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

Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

Ingresos brutos del último mes de este negocio: \$ _____	¿Este negocio tiene gastos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Otros ingresos

(72) ¿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:	¿Qué tan frecuente él/ella recibe este ingreso?
		\$	
		\$	
		\$	

(73) ¿Ha recibido usted o alguien en su hogar un pago global en los últimos 30 días? Sí No

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, 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.

(74) **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"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cuentas corrientes / de ahorro | <input type="checkbox"/> Certificado de depósitos (CD) | <input type="checkbox"/> Acciones / Bonos | |
| <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:	Cantidad o Valor de la Cuenta:
			\$
			\$
			\$
			\$


(75) **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:	Cantidad/Valor:	Cantidad Adeudada en el Vehículo:	Consumo
		\$	\$	

Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

		\$	\$
		\$	\$

 ⁽⁷⁶⁾ ¿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:
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

 ⁽⁷⁷⁾ ¿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:
		\$
		\$
		\$

⁽⁷⁸⁾ ¿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.

 ⁽⁷⁹⁾ 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:
			\$
			\$

¿Los gastos anteriores incluyen alguna tarifa adicional? (Mascota, cable, garaje, etc.) Sí No Si es así, enumere las tarifas:


 ⁽⁸⁰⁾ 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:
			\$

Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

			\$
			\$


 **(81) 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 *Si es así, enumere a continuación.* Para recibir SNAP o Cuidado infantil, debe cooperar con el Servicio de mantenimiento de menores. Si se determina que un miembro del hogar no está cooperando, esa persona no será elegible para SNAP y Cuidado infantil. Si la cooperación puede resultar en un daño para usted o su(s) hijo(s), o si tiene otras buenas razones por las que no puede cooperar, infórmenos. Es posible que se le solicite que proporcione evidencia para mostrar una buena causa para 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:
			\$
			\$
			\$

(82) 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.

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

(83) 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.

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

(84) LIHEAP: enumere a cualquier persona en el hogar que haya recibido más de \$ 20 en fondos de LIHEAP en el mes actual o en los últimos 12 meses:

 **AYUDA CON LOS GASTOS:**

(85) ¿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 gastos pagaron?	¿Cuánto pagaron?	¿Era esto un préstamo o un regalo?
		\$	<input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Regalo
		\$	<input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Regalo

PREGUNTAS DE CUIDADO INFANTIL

Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

(86) 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.

(87) 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 permiten vacunas.
- No, estas vacunas dañarían la condición médica de mi hijo. (Esto requiere una declaración del médico).

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

(89) Motivo(s) por el cual Necesita Cuidado Infantil:

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.

(90) DEMOGRAFÍA OPCIONAL

Etnia:	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"/> Indio 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 su aplicación. Solicitamos la información para asegurar que los beneficios se distribuyan sin distinción de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual o todo o parte del ingreso de una persona se deriva de cualquier programa de asistencia pública o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el departamento. Si no ingresa ninguna información, el trabajador ingresará una respuesta.

Autorizo al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de Nebraska a divulgar información sobre mi inscripción actual en SNAP a Universal Services Administrative Company 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 de SNAP. La Comisión de Servicios Públicos de Nebraska puede condicionar mi elegibilidad para el programa Lifeline/NTAP en el acuerdo de firmar esta solicitud y aceptar la divulgación de información. Esta autorización es efectiva y vencerá un año después de la fecha de esta solicitud. Esta autorización se puede revocar en cualquier momento enviando una solicitud por escrito de acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad de DHHS vigente en ese momento (si se envía al DHHS), o enviando una solicitud por escrito a la Comisión de Servicios Públicos de Nebraska se cumplirá con la excepción de la información eso ya ha sido lanzado. Entiendo que, si revoco esta autorización, DHHS no podrá confirmar mi inscripción en el programa de SNAP. Es posible que las leyes de privacidad ya no requieran al destinatario de esta información protegerla. Esta información está protegida por las leyes estatales y federales (incluyendo 42 CFS Parte 431, Subparte F).

POR FAVOR MANTENGA 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.

TIENES 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 su hogar, 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, independiente-mente 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.

REPORTAR CAMBIOS PARA LOS PROGRAMAS DE SUBVENCIÓN DE 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 estos cambios en línea: www.ACCESSNebraska.ne.gov. Haga clic en "Informar cambios"

REPORTAR CAMBIOS PARA EL PROGRAMA DE SUBSIDIO DE 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 termina y no es un cambio temporal, esto debe ser reportado a la agencia dentro de los 10 días del cambio.

Si se muda fuera del estado de Nebraska, debe informar a la agencia dentro de los 10 días del cambio.

INFORME DE CAMBIOS PARA LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP) CONOCIDOS

Hay dos categorías de informes en SNAP. Informes simplificados (SR) e informes de beneficios de transición (TBR). La categoría de informe a la que se le asignará está determinada por la situación de su hogar. Se le informará sobre la categoría de informe, el período de certificación y los requisitos de informe en su Aviso de elegibilidad. Recibirá el Aviso de elegibilidad por correo. Si su categoría de informe de beneficios SNAP cambia durante el período de certificación, recibirá otro aviso con los nuevos requisitos de informe para la nueva categoría. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para comprender su notificación o categoría de informe, comuníquese con DHHS o conéctese en línea a: www.ACCESSNebraska.ne.gov y seleccione "Informar cambios".

TARJETA DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)

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

Si un minorista tiene que completar una transacción manual, llamada voucher, debido a un problema con el sistema anfitrión y obtienen autorización para la transacción; el voucher será presentado para el pago de fondos de su cuenta de EBT. Si no tiene fondos suficientes para cubrir el pago, se le notificará y se podrá volver a presentar el voucher para el pago en un mes(es) posterior(es). No se permite la re-presentación de vouchers debido a problemas con la tarjeta de EBT, errores del teclado del PIN o del lector de tarjetas, o mal funcionamiento de la terminal POS.

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

Si ha recibido los productos pero el minorista no los ha cobrado, el minorista puede solicitar un ajuste en su cuenta presentando una solicitud de ajuste al proveedor de la tarjeta. Se le notificará la solicitud de ajuste del minorista. Si está de acuerdo con el ajuste, no tiene que hacer nada. Si solicita una audiencia imparcial en los 15 días siguientes a la notificación, recibirá un crédito provisional a la 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. Licorerías;
2. Casino, casino de apuestas o establecimiento de apuestas; 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.

APLICACIÓN DE LA MANUTENCIÓN INFANTIL (CSE)

Requisitos de elegibilidad: Como una condición de elegibilidad, los beneficiarios de ADC, SNAP, Cuidado Infantil y Subsidio de Cuidado Infantil están obligados a recibir los servicios de CSE y no tienen la opción de rechazar ninguno de estos servicios. La oficina de CSE le enviará por correo un documento que describe sus Derechos y Responsabilidades que se aplican al Programa de 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(a) porque podría resultar en 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)

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 las circunstancias. Si un hogar recibe los pagos de LIHEAP directamente, debe aceptar la responsabilidad total de pagar las facturas de los 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 de LIHEAP del hogar pueden ser divulgados a programas de energía, proveedores de servicios públicos, proveedores de climatización y proveedores de ventiladores. El DHHS puede compartir y utilizar la información recopilada para fines de evaluación y administración de 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:

- a. 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.
- b. 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 sujetos a la descalificación debido a una Violación de Programa Intencional (IPV). Para el Programa ADC, solo la persona que haya cometido el IPV será descalificada. Para el subsidio de Cuidado Infantil, la persona que haya cometido el IPV y su familia serán descalificados. 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 un individuo ha violado el reglamento: Estatuto Revisado de Nebraska sección 68-1017.

AVISO: Si usted recibe sus beneficios de TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas - ADC) a través de una transferencia electrónica de beneficios/tarjeta de débito (ReliaCard), por favor sepa que es una violación de la ley federal acceder a estos fondos desde un cajero automático ubicado en o a través de un punto de venta en los siguientes tipos de negocios:

- Licorerías;
- Casinos, casinos de juego o establecimientos de juego; o
- Cualquier establecimiento de venta al por menor que ofrezca entretenimiento orientado a adultos en el que los artistas se desvestan o actúen sin ropa para el entretenimiento.

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 una víctima de acoso sexual o un sobreviviente de violencia doméstica, agresión sexual o acoso y necesita ayuda para los servicios disponibles en Nebraska, póngase en contacto con ACCESSNebraska al 1-800-383-4278, su trabajador asignado del DHHS, o su Gestor de casos del Employment First (Empleo Primero).

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 HAGA:

- Brinde información falsa, incorrecta o incompleta para intentar obtener o continuar obteniendo beneficios de SNAP.
- Comercio o venta o intento de comercio o venta de beneficios SNAP o tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT).
- Use los beneficios SNAP o las tarjetas EBT de otras personas a menos que se le designe.
- Use los beneficios de SNAP para comprar artículos no alimenticios, como alcohol o cigarrillos, o para pagar en cuentas de crédito.
- Use los beneficios de SNAP para comprar drogas ilegales, armas de fuego, municiones o explosivos.
- Pagar los alimentos comprados a crédito con los beneficios del SNAP. Hacerlo podría dar lugar a la descalificación.

Las personas declaradas culpables en un tribunal federal, estatal o local de los siguientes delitos serán descalificadas para participar en el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP):

- Uso de los beneficios de SNAP en la venta de una sustancia controlada, después del 22 de septiembre de 1996 - descalificado por 24 meses por la primera violación, permanentemente por la segunda violación.
- Recibir los beneficios del SNAP en una transacción que implique la venta de una sustancia controlada, después del 22 de septiembre de 1996 - descalificado por 24 meses por la primera violación, permanentemente por la segunda violación.
- Delito de drogas por venta o distribución de una sustancia controlada, incluida la intención de vender o distribuir, descalificado de forma permanente. El individuo debe haber cometido y haber sido condenado por el delito de drogas después del 22 de agosto de 1996.
- Haber cometido y haber sido condenado por un delito de drogas por posesión o uso de una sustancia controlada o por un delito cometido bajo la influencia de una sustancia controlada. Si el individuo ha tenido tres o más condenas por la posesión o el uso, después del 22 de septiembre de 1996, el individuo es permanentemente descalificado. Si el individuo ha tenido menos de tres condenas y no ha participado o completado un programa de tratamiento de abuso de sustancias con licencia estatal o acreditado a nivel nacional desde la fecha de la última condena, el individuo es descalificado.
- Uso de los beneficios del SNAP para comprar armas de fuego, municiones y explosivos, después del 22 de septiembre de 1996 – permanentemente descalificado. Recibir los beneficios del SNAP en una transacción que implique la venta de armas de fuego, municiones y explosivos, después del 22 de septiembre de 1996 – permanentemente descalificado.
- Falsificar la residencia o la identidad para recibir múltiples beneficios del SNAP - descalificado por 10 años. Tráfico de beneficios de SNAP de \$500 o más, después del 22 de septiembre de 1996 - permanentemente descalificado.
- Durante el tiempo que un individuo esté huyendo para evitar el enjuiciamiento, la custodia o el confinamiento después de una condena por un crimen o intento de cometer un crimen que es un delito grave bajo la ley del lugar del que el individuo está huyendo, o está violando una condición de libertad condicional o libertad vigilada federal o estatal, el individuo no es elegible para participar en el SNAP.

Las violaciones intencionales del Programa pueden resultar en un período de descalificación de 12 meses para la primera ocurrencia, 24 meses para la segunda ocurrencia y permanentemente para la tercera.

Las personas condenadas en los tribunales federales, estatales o locales por los delitos enumerados en las preguntas 56-57 en el EA-117, serán descalificados para participar en el SNAP.

Las personas condenadas en los tribunales federales, estatales o locales por los delitos enumerados en la pregunta 58 en el EA-117, pueden ser descalificados.

Estas personas serán descalificadas permanentemente si la condena por delito grave implica la venta o distribución o la intención de vender o distribuir sustancias controladas, o si tienen 3 o más condenas por delitos graves por posesión o uso de una sustancia controlada.

Las personas con 1 o 2 delitos mayores pueden ser elegibles si han completado un programa de tratamiento de abuso de sustancias aprobado después de la fecha de su última condena.

Las personas condenadas en un tribunal federal, estatal o local por el delito enumerado en la pregunta 60 en el EA-117 no serán elegibles permanentemente para SNAP.

Las personas condenadas en un tribunal federal, estatal o local por el delito en cuestión, la pregunta 61 sobre el EA-117 serán descalificadas para participar en el SNAP durante 10 años.

Las personas que no cumplan con su sentencia enumerada en las preguntas 65-66 no son elegibles para los beneficios de SNAP hasta que cumplan con su sentencia.

ESTADO DE INMIGRACIÓN DE SNAP

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

REGISTRO DE TRABAJO DE SNAP

Para SNAP, la firma del jefe del hogar, de otro adulto del hogar o de 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

Programa de Subsidio de Cuidado Infantil

El propósito del Programa de Subsidio de Cuidado Infantil es ayudar a las familias de bajos ingresos con el cuidado de los niños. El cuidado puede ser proporcionado:

Derechos y Responsabilidades

1. A niños(as) de 12 años o menos; aquellos niños que cumplan 13 años durante su período de elegibilidad siguen siendo elegibles hasta el final de su período de elegibilidad; está disponible para jóvenes de 13 a 18 años sólo si un médico, psicólogo licenciado o certificado, o profesional de la salud mental licenciado ha proporcionado una declaración escrita de que el(la) niño(a) tiene una necesidad especial;
2. Sólo cuando hay una necesidad de cuidado infantil como se define en 392 NAC 2-013, que incluye:

- Empleo que tiene el potencial de permitir a la familia ser económicamente autosuficiente - esto significa que es posible que no podamos seguir autorizando el cuidado infantil si después de unos meses, el costo del cuidado infantil es más de lo que usted gana. El cuidado infantil sólo se autoriza durante las horas en las que el padre o la madre trabajan realmente y el tiempo de desplazamiento razonable hacia y desde el trabajo y la guardería;
- Búsqueda activa de empleo – Cada vez que el beneficiario pierde el empleo, tiene derecho a tres meses de cuidado infantil para buscar empleo. El cuidado infantil para actividades de búsqueda de empleo no puede ser autorizado en la solicitud inicial, excepto cuando la búsqueda de empleo es requerida por un programa de fuerza laboral financiado por el gobierno federal.
- Participación en una Actividad de Empleo Primero aprobada - El cuidado infantil puede ser autorizado para cualquier actividad de EF aprobada. Esto significa que el trabajador de DHHS o el administrador de casos del contratista de EF ha aprobado la actividad;
- Para que un padre/madre obtenga servicios médicos (como visitas al médico, chequeo médico, etc.) para sí mismo o para uno de sus hijos o para visitar a su hijo(a) en el hospital.
- La inscripción y asistencia regular a la capacitación profesional o educativa para obtener un diploma de escuela secundaria o GED o un título de grado o certificado (incluyendo clases de inglés como segundo idioma) lo que resultará en el empleo y la autosuficiencia de los padres. No se autoriza el cuidado infantil para quienes cursen una segunda licenciatura o cualquier título de postgrado. El cuidado infantil no está autorizado para los cursos por correspondencia o los estudios independientes. Para las clases presenciales, se puede autorizar dos horas semanales por cada hora de crédito. Para las clases en línea, se puede autorizar una hora semanal por cada hora de crédito. Se puede autorizar el cuidado infantil para las tutorías individuales estructuradas o el tiempo de preparación en grupo (como la preparación para el GED, el ESL y la educación básica para adultos). El cuidado infantil no se autoriza para el tiempo de estudio (a menos que sea un periodo de tiempo razonable entre clases).
- Participación en la capacitación en el trabajo;
- Incapacidad verificada por un médico -el DHHS entregará un formulario específico para documentar la necesidad de cuidado infantil por incapacidad; y
- Cumple la definición de persona sin hogar. Se puede autorizar el cuidado infantil hasta cuarenta horas semanales durante el periodo de elegibilidad para proporcionar estabilidad a los niños del individuo y permitir al padre/madre o cuidador habitual la oportunidad de buscar recursos comunitarios.

Información importante:

- La autorización de cuidado infantil no puede comenzar antes de la fecha en que el padre informa de la necesidad de cuidado infantil o de un cambio al DHHS. Ejemplo: Si usted inicia el cuidado hoy o cambia su proveedor de cuidado infantil hoy y no lo reporta a DHHS durante dos semanas, el cuidado infantil no será autorizado durante las dos semanas antes de que se comunique con DHHS.
- El padre es responsable de informar la necesidad de cuidado infantil y cualquier cambio - No es responsabilidad del proveedor de cuidado infantil. En el caso de los hogares con dos padres, ambos deben tener una de las necesidades de cuidado infantil enumeradas anteriormente para que se autorice el cuidado infantil.
- A algunas familias se les exige que paguen una parte de los gastos de cuidado infantil. Esto se denomina cuota u obligación. Esta cuota 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 cuota.
- El cuidado infantil en el hogar del(de la) niño(a) se denomina "cuidado infantil en el hogar" y sólo puede pagarse si el(la) niño(a) tiene una necesidad especial (que debe ser documentada por un médico) O una enfermedad infantil O si el cuidado infantil se necesita durante las horas de la noche (después de las 7 PM o antes de las 7 AM), durante la noche, los fines de semana o los días festivos si no hay otros arreglos de cuidado infantil disponibles O si hay tres o más niños en el cuidado. El proveedor en el hogar puede ser una persona (que no sea el padre o la madre) que viva con el(la) niño(a) sólo si éste tiene una necesidad especial o una enfermedad infantil.
- Informe al DHHS si el padre que no tiene la custodia tiene una orden judicial o paga alguno de los gastos de cuidado infantil.
- El cuidado infantil sólo puede utilizarse para el propósito autorizado. Si utiliza el cuidado infantil para otro propósito, es posible que se le pida que reembolse a DHHS por el cuidado infantil no autorizado.
- El padre que solicita el Subsidio de cuidado infantil debe cooperar en el establecimiento y cobro de la manutención infantil si hay un padre que no tiene la custodia. Esto se aplica únicamente a los niños que reciben el subsidio para el cuidado de niños. Este requisito puede no aplicarse en caso de violencia doméstica.

AUDIENCIAS JUSTAS

Si usted no está de acuerdo con cualquier acción tomada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (DHHS) que afecte sus beneficios, puede solicitar una audiencia justa por escrito u oralmente. Su caso puede ser presentado por un miembro del hogar o un representante, como un asesor legal, un pariente, un amigo u otro portavoz. Usted puede seguir recibiendo su nivel actual de asistencia, conocido como continuación de beneficios, hasta que se tome una decisión de audiencia SI (1) usted solicita una audiencia dentro de los diez días siguientes a la fecha de la notificación de la agencia, y (2) para los beneficios de SNAP solamente, su período de certificación no ha expirado. La solicitud de audiencia debe hacerse dentro de los 90 días siguientes a la acción o inacción. Usted o su representante tienen derecho a examinar el expediente de su caso. En la audiencia puede representarse a sí mismo o ser representado por otra persona.

A los fines de calcular los plazos descritos anteriormente, no se cuenta la fecha de envío por correo. Si el último día de los plazos de 10 o 90 días cae en sábado, domingo o día festivo estatal, el plazo se extiende al siguiente día laborable.

Si se presenta una solicitud de audiencia dentro del periodo de aviso de acción adversa y su periodo de certificación no ha expirado, la participación continuará en el mismo nivel de beneficios, a menos que renuncie a la continuación de los beneficios. Si usted no renuncia por escrito a su derecho a la continuación de los beneficios, el Departamento asumirá que usted desea que los beneficios continúen y emitirá los beneficios como corresponde. Si la acción del Departamento es ratificada por la decisión de la audiencia, el Departamento iniciará un reclamo contra el hogar para el reembolso de todos los fondos recibidos.

En un plazo de 60 días a partir de la recepción de una solicitud de audiencia justa, 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 el representante tiene derecho a un aplazamiento de un máximo de 30 días de la audiencia programada si la solicitud de aplazamiento se hace al menos diez días antes de la audiencia programada.

El hogar puede retirar la solicitud de audiencia justa, verbalmente o por escrito, en cualquier momento antes de que se tome una decisión sobre la audiencia justa. Si la solicitud de retiro se hace verbalmente, la oficina proporcionará una notificación por escrito al hogar dentro de los diez días siguientes a la solicitud de retiro del hogar, confirmando la solicitud de retiro y proporcionando al hogar la oportunidad de solicitar otra audiencia si lo desea. Se le permite a un hogar una audiencia justa restablecida por apelación.

DERECHOS CIVILES

No envíe solicitudes aquí.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, 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. Los programas que reciben ayuda financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS, por sus siglas en inglés), como la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), y los programas que gestiona directamente el HHS también tienen prohibida la discriminación en virtud de las leyes federales de derechos civiles y la normativa del HHS.

Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

El USDA proporciona ayuda financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) y otros. Para presentar una denuncia por discriminación en el programa, complete el Formulario de denuncias por discriminación en el programa, (AD-3027) que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y facilite 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 completo o carta al USDA antes del:

- (1) correo: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
- (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) teléfono: (833) 620-1071; o
- (4) correo electrónico: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Para cualquier otra información relacionada con SNAP, las personas deben comunicarse con la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los números de información/línea directa estatales (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado); se encuentra en línea en: fns.usda.gov/snap/state-directory.

El HHS proporciona ayuda financiera federal a muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, como el TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) y otros. Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS proporciona asistencia financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) en su nombre o en nombre de otra persona.

Para presentar una denuncia de discriminación en su nombre o en el de otra persona en relación con un programa que recibe ayuda financiera federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través del Portal de Denuncias de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede ponerse en contacto con la OCR por correo postal en la siguiente dirección Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; o correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para una tramitación más rápida, le animamos a que utilice el portal en línea de la OCR para presentar denuncias en lugar de hacerlo por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar una queja sobre derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar gratuitamente al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden llamar al 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos gratuitamente formatos alternativos (como Braille y letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia lingüística para presentar una denuncia.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL/CIUDADANÍA

El DHHS solicita los Números de Seguro Social (SSN) de todas las personas para las que se solicita asistencia, tal como lo exigen las leyes federales de Seguridad Social y de Estampillas de Alimentos. Las personas que no solicitan asistencia para sí mismas no están obligadas a tener o proporcionar un SSN. Si la persona es responsable económicamente de otras personas en la unidad de asistencia, el SSN se utilizará para verificar los ingresos y/o los recursos a través de las comparaciones por computadora que se indican a continuación o de otros contactos para poder determinar la elegibilidad de las personas que solicitan asistencia. Si no se proporciona el SSN, la unidad de asistencia debe asumir la responsabilidad de proporcionar la información necesaria para determinar la elegibilidad de las personas que solicitan asistencia. Cualquier SSN proporcionado se utilizará y divulgará de la misma manera que los SSN de los participantes elegibles. En el caso de los beneficios del SNAP, los SSN pueden ser revelados a otras agencias federales y estatales para su examen oficial y a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a las personas que huyen para evitar la ley. Si un hogar tiene un sobrepago de los beneficios de SNAP, la información de esta solicitud, incluyendo los SSN, puede ser referida a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de cobro para la acción de cobro de sobrepagos. El SSN de cada persona de la unidad de asistencia que proporcione su SSN será comparado por computadora con los siguientes programas para ayudar a determinar la elegibilidad: Estadísticas Vitales, Compensación de Desempleo, Empleo, Manutención Infantil, Recursos, Ingresos, Beneficios de la Seguridad Social (RSDI), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y Beneficios para Veteranos. Estos servicios se verificarán mediante la información recibida de las siguientes agencias: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Departamento de Trabajo de Nebraska, Administración de la Seguridad Social, Secretaría del Tribunal de Distrito, Centro de Pago de Manutención Infantil, Servicio de Impuestos Internos y Administración de Veteranos.

La información recibida de estas agencias se utiliza y verifica y puede afectar al tipo y la cantidad de asistencia que reciben las personas. Los SSN también se utilizan en la comparación por computadora y en las revisiones o auditorías del programa para asegurarse de que cada hogar reciba la cantidad correcta de beneficios. Esto puede dar lugar a acciones penales o civiles o a reclamaciones administrativas contra las personas que participan de forma fraudulenta. Asistencia para el Cuidado Infantil, Servicios Sociales para Ancianos y Discapacitados (SSAD) y Servicios Sociales para Niños y Familias (SSCF): No se requiere un SSN para solicitar estos programas y no se denegará la elegibilidad si no se proporciona el SSN. Si se proporciona un SSN, se utilizará para ensamblar conjuntos de datos de investigación que no identifican al individuo y para verificar los ingresos.

Si está solicitando beneficios de SNAP o Asistencia para el Cuidado Infantil, esta solicitud le solicita que nos informe sobre la ciudadanía y el estatus migratorio de las personas en su hogar. En el caso de la asistencia para el cuidado de niños, debe informarnos sobre la condición de ciudadanía o inmigración de los niños que recibirán asistencia. En esta solicitud también se le solicita que nos facilite el SSN de todos los miembros de la familia. Utilizamos el SSN para ayudarnos a verificar información como los ingresos. Si alguien en su hogar no tiene un SSN, podemos ayudarlo a solicitar uno y su solicitud no se retrasará. Sólo las personas que proporcionen información sobre su estado migratorio y SSN pueden recibir los beneficios de SNAP. Si algunos miembros de la familia o del hogar no desean solicitar los beneficios de SNAP, no necesitan proporcionar esta información. Si las personas de su hogar optan por no darnos información sobre su condición migratoria o su SSN, igualmente deben 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 su solicitud completa.

La recopilación de esta información, incluido el número de la seguridad social de cada miembro de la unidad familiar, está autorizada por la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008, en su versión modificada, 7 U.S.C. 2011-2036. La información se utilizará para determinar si su unidad familiar reúne o sigue reuniendo los requisitos para participar en el programa SNAP. Verificaremos esta información mediante programas informáticos de cotejo. Esta información también se utilizará para controlar el cumplimiento de la normativa del programa y para su gestión. El suministro de la información solicitada, incluido el SSN de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, el hecho de no proporcionar un SSN dará lugar a la denegación de los beneficios del SNAP a cada individuo que no proporcione un SSN. Todos los SSN facilitados se utilizarán y divulgarán del mismo modo que los SSN de los miembros de la unidad familiar que reúnan los requisitos.

REGISTRO DE VOTANTES

Tenga en cuenta que la información y la oficina a la que se hizo la solicitud permanecerá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de votantes. Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia o servicios que le brindará esta agencia. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarle para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita inscribirse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante:

Nebraska Secretary of State
State Capitol Building
Lincoln, Nebraska 68509-4608
Telephone (402) 471-2554

SDP Y RRP MÉDICA

Responsabilidad de terceros: las personas que reciben Asistencia Médica asignan al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) su derecho a cualquier apoyo médico u otro pago por atención médica, acuerdan cooperar con el DHHS para establecer la paternidad y cooperar con DHHS en la obtención de cualquier pago de terceros disponible, como un pago de seguro o un acuerdo judicial. Los beneficios de Medicare no están asignados. Las personas deben cooperar con DHHS para obtener el reembolso del costo de la atención médica y los servicios para cualquier miembro de la unidad de asistencia. Negarse a cooperar resultará en la terminación de la elegibilidad de asistencia médica para ese individuo. DHHS renunciará al requisito de cooperar si determina que la persona tiene buenas razones para negarse a cooperar. Si en algún momento desea reclamar una buena causa, debe decirle al DHHS que cree que tiene una buena causa. Una buena causa es que el DHHS determina que la cooperación va en contra del interés superior del niño o contra el interés superior del individuo porque se anticipa que la cooperación dará lugar a represalias y causará daños físicos o emocionales al individuo u otras personas. Estatutos Revisados de Nebraska §68-716, 68-916 y 68-917.

Divulgación de registros médicos: a solicitud, cualquier persona que tenga registros e información médica o la custodia de dichos registros con respecto a los destinatarios debe entregarlos al DHHS. Esta información se utilizará según lo dispuesto en el Aviso de prácticas de privacidad de la información.

Acuerdo de reembolso médico: cuando DHHS paga por los servicios de un destinatario, el monto que DHHS ha pagado para tratar la lesión o enfermedad debe incluirse en cualquier reclamo legal realizado contra un tercero. Si el destinatario luego recibe un seguro o un acuerdo judicial, DHHS debe ser notificado del acuerdo y reembolsado del acuerdo por la asistencia médica que DHHS ha pagado previamente.

Servicios médicos:

- Presente prueba de su elegibilidad actual a los proveedores médicos antes de obtener los servicios.
- Pregúntele a su proveedor médico o a DHHS qué servicios están cubiertos.
- Informe a DHHS y a sus proveedores médicos sobre cualquier cobertura de seguro médico que tenga (incluida la cobertura dental).
- Acuerde inscribirse en un seguro de salud grupal basado en el empleador si DHHS determina que es rentable.
- Acepte cumplir con los requisitos de atención administrada.
- Pagar los costos de todos los gastos médicos no cubiertos.
- Si recibe facturas o estados de cuenta de proveedores o agencias de cobro, es responsable de informarles de inmediato que su cobertura es a través de DHHS.
- El incumplimiento de ciertas condiciones puede resultar en que usted sea responsable de pagar las facturas.

Programa de recuperación de bienes de Medicaid: En conformidad con la ley federal (Ley del Seguro Social, Título 19, Sec. 1917 {42 USC 1396P}) y la ley estatal (Estatuto Revisado de Nebraska 68-919), el Programa de recuperación de bienes de Medicaid autoriza a DHHS a recuperarse de propiedades de clientes fallecidos de Medicaid que se institucionalizaron permanentemente o tenían más de 55 años cuando se proporcionaron los beneficios. Las leyes federales y estatales prevén ciertas exenciones al Programa de recuperación de bienes de asistencia médica (471 NAC 38-000). Para obtener más información o preguntas sobre los Programas de recuperación de bienes de Medicaid, debe comunicarse con DHHS.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

La ley federal exige que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (DHHS) y aquellas agencias que incluyen instalaciones de atención médica y programas de asistencia médica afiliados bajo el control común de la Ley de Salud y Servicios Humanos mantengan la privacidad de la Salud Protegida. Información y para notificar sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información de salud protegida.

PRÁCTICAS Y USOS:

DHHS puede acceder, usar y compartir información médica sin su consentimiento para fines de:

- Tratamiento: podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos compartir su información con una enfermera, profesional médico u otro personal que le brinde tratamiento o servicios. Por ejemplo, un médico que lo trata por una pierna rota puede necesitar saber si tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Las diferentes agencias dentro de DHHS pueden compartir su información médica para coordinar las diferentes cosas que necesita, o para apoyar y mantener su atención continua.
- Pago: podemos usar y divulgar su información médica para poder facturar el tratamiento y los servicios que recibe. 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 SE PUEDEN REALIZAR SIN CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIÓN:

- Requerido por la ley: podemos usar o divulgar su información de salud protegida en la medida en que la ley exija su uso o divulgación. Se le notificará, si así lo exige la ley, sobre dichos usos o divulgaciones.
- Salud pública: podemos divulgar su información de salud protegida para actividades y propósitos de salud pública a una autoridad de salud pública autorizada por ley a recopilar o recibir la información.
- Enfermedades transmisibles: podemos divulgar su información de salud protegida, si lo autoriza la ley, a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otro modo corra el riesgo de contraer o propagar la enfermedad o afección.
- Supervisión de salud: podemos divulgar información de salud protegida a una agencia de supervisión de 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 hará en conformidad con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.
- Procedimientos legales: podemos divulgar información de salud protegida en el curso 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, determinaciones de causa de muerte o para que el médico forense o examinador médico realice otras tareas autorizadas por la ley.

Derechos y Responsabilidades

- **Investigación:** podemos divulgar su información de salud protegida a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional para garantizar la privacidad de su información de salud protegida.
- **Actividad delictiva:** podemos divulgar su información de salud protegida si creemos que el uso o divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** cuando se aplican las condiciones apropiadas, podemos usar o divulgar información de salud protegida de personas que son personal de las Fuerzas Armadas para actividades militares, de seguridad nacional y de inteligencia. La información de salud protegida puede divulgarse para la 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 similares legalmente establecidos.
- **Reclusos:** podemos usar o divulgar su información de salud protegida si usted es un recluso de un centro correccional en el curso de proporcionarle atención.
- **Usos y divulgaciones requeridos:** debemos hacer divulgaciones cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de 45 CFR, Título II, Sección 164, et. Seq.

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN:

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

SUS DERECHOS A LA PRIVACIDAD:

- **Derecho a inspeccionar y copiar.** Tiene derecho a 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 de DHHS HIPAA. Si solicita una copia, podemos cobrarle 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 a enmendar.** Si considera que su información médica es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la corrijamos. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre que la información sea guardada por o para DHHS. Para solicitar una Enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y presentarse en el Sitio de Servicio, o en la Oficina de Privacidad y Seguridad de DHHS HIPAA. Además, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que:
 - No fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda;
 - No es parte de la información médica mantenida por o para DHHS;
 - No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o,
 - Es preciso y completo. sección 164, et. seq.
- **Derecho a una contabilidad de divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que realizamos de su información médica. Debe enviar su solicitud por escrito en el Sitio de Servicio, o en la Oficina de Privacidad y Seguridad de DHHS HIPAA. Su solicitud debe indicar un período de tiempo para las divulgaciones, que no puede ser superior a seis (6) años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar de qué forma desea que se le proporcione la lista.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y para alguien que está involucrado en su atención o el pago de su atención, como un familiar o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones a menos que sea para pagos u operaciones de atención médica y usted use sus propios fondos para pagar, en su totalidad, un artículo o servicio de atención médica. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe realizar su solicitud por escrito en el Sitio de Servicio o en la Oficina de Privacidad y Seguridad de DHHS HIPAA. En su solicitud, debe decirnos: (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 derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito en el Sitio de Servicio o en la Oficina de Privacidad y Seguridad de DHHS HIPAA. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.
- **Derecho a una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún 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 o comunicándose con nosotros.
- **Optar por no recibir comunicaciones para recaudar fondos.** Si el DHHS debe realizar actividades de recaudación de fondos, 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 segura 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 DHHS o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para presentar una queja ante el DHHS, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad y Seguridad de la 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 los EE. UU., 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201, 1-866-OCR- PRIV (627-7748), 1-866-778-4989-TTY. Usted no será penalizado por presentar una queja.

CAMBIOS AL 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 modificación, la ley exige que DHHS cumpla con los términos de este Aviso. DHHS notificará cualquier cambio importante en la revisión de estas políticas, ya sea electrónicamente o en formato de papel.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Este aviso cumple con los requisitos de "Aviso" de la Ley de Privacidad Final de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este Aviso de prácticas de privacidad de la información o desea obtener más información sobre las prácticas de información en DHHS, diríjase 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. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, llame al 800-383-4278.

Efectivo a partir del 23/09/2013