

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska  
**Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica**

Si necesita asistencia llenando esta solicitud: llame al Centro de Servicio al Cliente de ACCESSNebraska al 1-800-383-4278, en Lincoln 402-323-3900, en Omaha 402-595-1258. Si llenó una versión impresa de la solicitud envíe por correo a: ACCESSNebraska, PO Box 2992, Omaha, NE 68172, por fax al 402-595-1901 o envíe una solicitud completa y escaneada por correo electrónico a: [DHHS.ANDICenterOmaha@nebraska.gov](mailto:DHHS.ANDICenterOmaha@nebraska.gov)

For Office Use Only:  
 Date \_\_\_\_\_  
 Stamp: \_\_\_\_\_  
 Case Number: \_\_\_\_\_

**Programas de Asistencia Económica (Se usarán las abreviaturas para estos programas en toda la solicitud.)** **Por favor marque los programas en los que desea solicitar beneficios:**

<b>Programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria (SNAP)</b> – Ayuda para Alimentos para hogares de escasos recursos e ingresos, para que puedan comprar los alimentos que necesitan para una buena nutrición. Si está solicitando beneficios de SNAP solamente, favor contestar todas las preguntas marcadas con 🍏.	<input type="checkbox"/>
<b>Ayuda para Menores Dependientes (ADC)</b> – Asistencia en dinero en efectivo a padres elegibles y menores dependientes de 18 años o menos, que califiquen debido a que su familia tiene pocos o ningún ingreso. Podría ser requerida la participación en Employment First (Empleo Primero), o EF, un programa de preparación para el empleo.	<input type="checkbox"/>
<b>Programa de Asistencia de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)</b> – Asistencia a los hogares elegibles, con parte de sus facturas de calefacción en el invierno, reinstalación de servicios públicos, tanques vacíos o con poco combustible, depósitos de servicios públicos, o facturas de aire acondicionado durante el verano. Los pagos se hacen a los proveedores de servicios públicos para ser aplicados a las facturas del hogar.	<input type="checkbox"/>
<b>Subsidio de Cuidado Infantil (CC)</b> – Asistencia a padres y cuidadores elegibles para pagar el costo del cuidado infantil mientras trabajan; asisten a capacitaciones relacionadas con empleo o a la escuela; o participan en otra actividad aprobada. Dependiendo de sus ingresos, es posible que la familia sea responsable de pagar una parte del costo.	<input type="checkbox"/>
<b>Programa de Reasentamiento de Refugiados (RRP)</b> – Asistencia médica a las personas que no son elegibles para otros programas, para que logren la autosuficiencia económica. La asistencia puede estar disponible para adultos solteros o parejas sin hijos durante los primeros 8 meses después de su llegada a los Estados Unidos.	<input type="checkbox"/>
<b>Pago de Ayuda para Adultos Mayores, Ciegos y Discapacitados (AABD)</b> – Asistencia en dinero en efectivo a los individuos o parejas que tengan 65 años de edad o más, o que hayan recibido una determinación de que son discapacitados o ciegos de forma permanente y total.	<input type="checkbox"/>
<b>Programa Estatal de Discapacidad (SDP)</b> – Asistencia en dinero en efectivo y/o cobertura médica a los individuos que tengan menos de 65 años de edad y que se les haya negado el Seguro Social por “tiempo insuficiente” y hayan recibido una determinación de ser discapacitados temporalmente por al menos 6 meses pero no más de 12 meses. Las personas no se pueden ser elegibles para Medicaid y el SDP al mismo tiempo.	<input type="checkbox"/>
<b>Subvención en Bloque de Servicios Sociales (SSBG)</b> – Ayuda a un individuo u hogar elegible con los servicios para lograr la autosuficiencia. Incluye tareas en el hogar (como preparación de alimentos, compra de alimentos, etc.), transporte, cuidado diurno para adultos y administración del hogar.	<input type="checkbox"/>

🍏 **1. Información del solicitante/cabeza del hogar:** Si su hogar tiene más de un padre, debe decirle a ACCESSNebraska cuál de los padres debe ser designado como “Cabeza del Hogar”. En hogares sin hijos, la “Cabeza del Hogar” debe ser la persona con la mayor cantidad de ingresos devengados en los dos meses anteriores. **DHHS asignará la persona indicada aquí como la cabeza del hogar.**

<b>Su nombre legal:</b>	<b>2da Inicial:</b>	<b>Apellido legal:</b>	<b>No. de Seguro Social:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Dirección del hogar (Número, calle, no. de apt.):</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado, Código Postal:</b>	<b>Teléfono del hogar o celular:</b>	
<b>Dirección postal (Si es diferente a anterior):</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado, Código Postal:</b>	<b>Mejor hora para llamar para entrevista:</b>	
<b>Direcciones previas en últimos 30 días:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado, Código Postal:</b>	<b>Dirección de correo electrónico:</b>	

Declaro bajo pena de perjurio que he llenado la solicitud a mi leal saber y mis respuestas son verdaderas y correctas. Autorizo la divulgación de información al DHHS. La información solicitada será usada solamente en la administración de programas de asistencia económica y no será divulgada a ninguna otra persona o agencia fuera del DHHS; excepto que entiendo que el DHHS puede divulgar información a otra agencia cuando los servicios de aquella agencia hayan sido solicitados, o cuando el objetivo de obtener esa información sea prestarme servicios o a mi hogar. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la sección “Lo que debo saber” que encontrará en las últimas páginas de este documento.

<b>🍏 Su firma:</b>	<b>🍏 Fecha:</b>	<b>Firma del cónyuge/co-solicitante, si está solicitando:</b>	<b>🍏 Fecha:</b>
<b>🍏 Nombre en letra de imprenta de representante autorizado, curador, tutor:</b>	<b>🍏 Firma del representante autorizado, curador, tutor:</b>		<b>🍏 Fecha:</b>

🍏 **Persona que ayudó a llenar la solicitud si no se mencionó anteriormente:**

- **Usted o su representante pueden enviar una solicitud solo con su nombre, dirección y firma en la página 1. Sin embargo, si llena toda la solicitud es posible que los beneficios se procesen más rápido.**
- Si está solicitando beneficios de SNAP y está recibiendo o ha solicitado el Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI) mientras se encuentra en una institución, la fecha de la solicitud será la fecha de su salida de la institución.
- Los hogares no elegibles para servicio acelerado, es posible que reciban los beneficios de SNAP en los 30 días después de haberse recibido su solicitud.
- Los hogares elegibles para servicio acelerado, es posible que reciban los beneficios de SNAP en los 7 días después de haberse recibido su solicitud.

2. ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3. ¿Está sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4. ¿Es residente de Nebraska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	--

5a. ¿El ingreso bruto de su hogar (lo que gana antes de las deducciones de nómina) para este mes es menos de \$150? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5b. ¿Cuál es el monto mensual que paga de alquiler o hipoteca?	5c. ¿Esta es una vivienda pública/subsidiada (Sección 8)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	---

5d. ¿El efectivo/ahorros de su hogar para este mes son menos de \$100? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5e. ¿La suma del ingreso bruto mensual de su hogar más sus recursos es menor que su alquiler o la hipoteca y los servicios públicos mensuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

5f. ¿Alguien en su hogar es un trabajador agrícola estacional o temporal cuyo dinero en efectivo y ahorros son \$100 o menos Y cuyos ingresos cesaron recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿quién?:	6. ¿Tiene una notificación de desalojo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

7a. Marque las facturas que paga: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Agua y alcantarillado <input type="checkbox"/> Teléfono	7b. ¿Sus servicios públicos han sido desconectados o tiene una notificación de desconexión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

7c. ¿Usted o cualquier persona en su hogar recibe una factura o paga por la calefacción y/o el aire acondicionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	7d. De ser así, ¿cuál de las siguientes es la fuente principal de calefacción y/o aire acondicionado? <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Calefacción eléctrica <input type="checkbox"/> Aire acondicionado/eléctrico <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Carbón, aceite combustible, queroseno o leña/otras fuentes
---	---

7e. Nombre del proveedor de la calefacción:	Dirección del proveedor de la calefacción:	No. de cuenta del proveedor de la calefacción:
---	--	--

7f. Nombre del proveedor del aire acondicionado:	Dirección del proveedor del aire acondicionado:	No. de cuenta del proveedor del aire acondicionado:
--	---	---

7g. ¿Su hogar recibió LIHEAP en los últimos 12 meses?  Sí  No

8. ¿Usted tiene una Tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios de Nebraska (EBT) para recibir beneficios de SNAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha tenido una tarjeta de EBT? Si no se contesta la pregunta, el DHHS lo asumirá como una declaración de que usted tiene una tarjeta. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

9. ¿Usted tiene una tarjeta Reliabank del Nebraska US Bank para una subvención del LIHEAP, ADC, AABD o subvención del RRP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha tenido una tarjeta de Reliacard? Si no se contesta la pregunta, el DHHS lo asumirá como una declaración de que usted tiene una tarjeta. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

**10. Información del hogar: si necesita espacio adicional en las siguientes secciones, por favor adjunte hojas adicionales. Por favor proporcione toda la información que le sea posible, para que nos ayude a determinar su elegibilidad rápidamente. No se requiere sexo ni estado civil para SNAP. Por favor escriba su nombre y los de todos aquellos que viven en su hogar, incluso si no está solicitando para todos. Se requiere los números de Seguro Social y estatus de ciudadanía solo para aquellos que solicitan beneficios.**

**Enumere a todas las personas que viven en su hogar:**

Nombre legal (Primero, Segundo, Apellido):	Parentesco con usted:	Fecha de nacimiento:	Masculino/ Femenino (M/F):	Número de Seguro Social (Ver arriba):	¿Esta persona quiere beneficios?	Ciudadano americano:	Estado civil:	¿Esta persona compra y come alimentos con usted?
	Yo mismo				<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

11. ¿Alguno de los menores que viven en el hogar tiene un padre que vive fuera del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>Nombre del padre:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Nombre del menor:</b>	<b>Otra información que pueda darnos, como el empleador o dirección del padre:</b>
12. ¿Alguien en el hogar está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor llenar lo siguiente:				
¿Quién está embarazada?		¿Fecha prevista del parto?	Nombre del padre:	
<b>13. Por favor marque su tipo de vivienda:</b> <input type="checkbox"/> Vivo en una casa –alquilada/propia/hipotecada <input type="checkbox"/> Alquilo un apartamento, dúplex, triplex <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento para drogas o alcohol <input type="checkbox"/> Alquilo una habitación <input type="checkbox"/> Pensión (alojamiento y comida) <input type="checkbox"/> Centro para personas con discapacidades del desarrollo				
<input type="checkbox"/> Vivienda asistida <input type="checkbox"/> Asilo para ancianos <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento para drogas o alcohol <input type="checkbox"/> Refugio para cónyuges maltratados <input type="checkbox"/> Casa grupal, casa de cuidado tutelar, institución de cuidado de niños, hogar de familia adulta <input type="checkbox"/> Otro: _____				
14. ¿Algún miembro del hogar se encuentra temporalmente fuera del hogar en una institución (tal como un asilo para ancianos, hospital, institución de salud mental, o una casa grupal)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor llenar lo siguiente:				
<b>Fecha de ingreso:</b>	<b>Nombre y tipo de institución:</b>			<b>Teléfono:</b>
<b>15. ¿Hay alguien en el hogar que esté actualmente bajo cuidado tutelar o que haya estado alguna vez?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿quién?				
<b>16. ¿Alguien en el hogar recibió Asistencia de alimentos o dinero en efectivo de otro estado o fuente en los últimos 30 días?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿quién? Si otro estado, escriba estado, condado y ciudad:				
<b>17. Por favor llene para todas las persona no ciudadanas en el hogar que estén solicitando beneficios.</b> Incluya una copia por el frente y por detrás de su tarjeta del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU (USCIS). Si la persona sin ciudadanía tiene un patrocinador, por favor proporcione la información solicitada a continuación. Si necesita más espacio en las siguientes secciones, por favor adjunte hojas. Su estatus migratorio puede estar sujeto a ser verificado por el USCIS. La información enviada que se reciba de USCIS puede afectar su elegibilidad o su nivel de beneficios.				
Nombre de la persona no ciudadana: <sup>1</sup>		Número de registro de extranjero ( <i>alien number</i> ):		
¿La persona no ciudadana recibe vivienda y alimentos gratuitos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿La persona no ciudadana vive con su patrocinador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipo de documento (tal como I-94):	¿El cónyuge o el padre de la persona no ciudadana es un veterano o un miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Número de Documento de Identificación:	¿Esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
No. de Seguro Social del Patrocinador(es):	Dirección del Patrocinador(es):	Teléfono del Patrocinador(es):		
Nombre de la persona no ciudadana: <sup>2</sup>		Número de registro de extranjero ( <i>alien number</i> ):		
¿La persona no ciudadana recibe vivienda y alimentos gratuitos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿La persona no ciudadana vive con su patrocinador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipo de documento (tal como I-94):	¿El cónyuge o el padre de la persona no ciudadana es un veterano o un miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Número de Documento de Identificación:	¿Esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
No. de Seguro Social del Patrocinador(es):	Dirección del Patrocinador(es):	Teléfono del Patrocinador(es):		

INFORMACIÓN GENERAL					
<b>Alguien en el hogar:</b>					
<input type="checkbox"/> 18a. ¿Está ocultándose o huyendo de la ley para evitar acción judicial, custodia o encarcelamiento por un delito mayor o intento de delito mayor, o de violar una condición de su libertad condicional o libertad a prueba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			De ser así, ¿quién?		
<input type="checkbox"/> 18b. ¿Ha sido acusado y declarado culpable de un delito mayor (después del 8/22/1996) por posesión, venta, uso o distribución de una sustancia controlada? Una "sustancia controlada" es una droga ilegal o ciertas drogas que requiere una receta médica. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			De ser así, ¿quién?		
<input type="checkbox"/> 18c. ¿Ha sido condenado por usar y/o recibir, o intentar usar o recibir, beneficios de SNAP a cambio de armas de fuego, municiones, o explosivos (después del 9/22/1996)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			De ser así, ¿quién?		
<input type="checkbox"/> 18d. ¿Ha sido condenado por recibir o intentar recibir en forma fraudulenta beneficios duplicados de SNAP en cualquier estado (después del 9/22/1996)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			De ser así, ¿quién?		
<input type="checkbox"/> 18e. ¿Ha sido declarado culpable de comprar o vender, o intentar comprar o vender, beneficios de SNAP de \$500 o más (después del 9/22/1996)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			De ser así, ¿quién?		
<input type="checkbox"/> 18f. ¿Se halló que falsificó o intentó falsificar su identidad o residencia a fin de obtener múltiples beneficios de SNAP al mismo tiempo (después del 9/22/1996)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			De ser así, ¿quién?		
<input type="checkbox"/> 18g. ¿Ha sido condenado por intercambiar o intentar el intercambio de beneficios de SNAP por drogas (después del 9/22/1996)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			De ser así, ¿quién?		
<input type="checkbox"/> 19. ¿Ha sido descalificado en uno de los siguientes programas: ADC/SNAP/CC (Ejemplo de descalificación: que se haya determinado, a través de una audiencia administrativa o tribunal que proporcionó información falsa intencionalmente, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			De ser así, nombre de persona descalificada:		
¿En qué estado?		¿Cuándo (mes y año)?		¿Por cuánto tiempo (6 meses, 1, 2, 10 años o permanentemente)?	
<input type="checkbox"/> 20. ¿Se halló que falsificó o intentó falsificar su identidad o residencia a fin de obtener múltiples beneficios de ADC al mismo tiempo (después del 9/22/1996)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			De ser así, ¿quién?		
<input type="checkbox"/> 21. ¿Alguien en el hogar es veterano, cónyuge de veterano o hijo(a) menor de edad de un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			De ser así, ¿quién?		
<input type="checkbox"/> 22. ¿Alguien en el hogar es una víctima de trata de personas? (Las víctimas de trata de persona son captadas, detenidas o trasladadas a la fuerza o por fraude para la explotación sexual o trabajos forzados.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			De ser así, ¿quién?		
<input type="checkbox"/> 23. ¿Usted o alguien en su hogar recibe artículos de consumo de una tribu nativa americana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			De ser así, ¿quién?		
<input type="checkbox"/> 24. ¿Alguien en el hogar asiste a la escuela secundaria, escuela vocacional o universidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor llenar lo siguiente:					
<b>Nombre de la persona:</b>		<b>Nombre y ubicación de la escuela:</b>		<b>Último grado cursado:</b>	<b>Fecha prevista de graduación:</b>
<input type="checkbox"/> 25. ¿Alguien en su hogar recibe Medicare (Seguro Social)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor proporcione a continuación el nombre y el número de reclamación de esa persona:					
<b>Nombre:</b>			<b>Número de reclamación de Medicare:</b>		
<input type="checkbox"/> 26. ¿Alguien en el hogar ha recibido una determinación de discapacidad de la Administración de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> 27. ¿Se le han denegado beneficios de Seguro Social a alguien en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor llenar lo siguiente: ¿Se lo negaron por la duración (es decir, la discapacidad no iba a durar más de 12 meses)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está solicitando cobertura médica para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona necesita ayuda para pagar facturas médicas incurridas en los pasados 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> 28. ¿Alguien en el hogar tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿esta persona necesita ayuda con actividades de cuidado personal (tales como bañarse, vestirse, comer, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

29. ¿Alguien en el hogar es un refugiado adulto sin discapacidades, u otro extranjero, sin hijos y con un status efectivo en los últimos 8 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿está solicitando Asistencia Médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<p>🍎 30. ¿Desea escoger a alguna persona para que solicite los beneficios de SNAP a su nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor proporcione el nombre/dirección/teléfono a continuación:</p>		
<b>Nombre:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono:</b>
<p>🍎 31. ¿Desea escoger a alguna persona para que utilice sus beneficios de SNAP para comprar comida a su nombre con su Tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor proporcione el nombre/dirección/teléfono a continuación:</p>		
<b>Nombre:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono:</b>
32. ¿Alguien en el hogar recibe o ha solicitado ayuda para tener un guardián, tutor o persona actuando como apoderado legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, proporcione documentos de evidencia e información de contacto:		
<b>Nombre:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Si está solicitando el Subsidio de Cuidado Infantil:</b>		
33a. A fin de recibir el subsidio de Cuidado Infantil, ¿acepta que sus hijos sean vacunados para protegerlos contra enfermedades (como sarampión, varicela) o infecciones según los lineamientos de inmunización del Estado de Nebraska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, indique la razón a continuación:		
33b. <input type="checkbox"/> Mis creencias religiosas no permiten vacunas; o <input type="checkbox"/> Estas vacunas perjudicarían la condición médica de mi hijo. (Esto requiere una declaración de un médico.)		
33c. ¿Su proveedor de Cuidado Infantil acepta el Subsidio de Cuidado Infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no, ¿necesita ayuda para encontrar un proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
De ser así, por favor escriba el nombre de su proveedor de cuidado infantil:		Número de proveedor (si lo sabe):
33d. ¿Cuál es la razón por la que necesita el Subsidio de Cuidado Infantil y cuántas horas necesita? (Se le puede pedir que proporcione verificación de la razón por la que necesita Cuidado Infantil):		
Razón por la que necesita Cuidado Infantil:		Horas que se necesitan por semana:
<b>Ingresos - Use hojas adicionales si no hay suficiente espacio para sus respuestas en esta solicitud</b>		
🍎 34. ¿Alguien en el hogar está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor llene los renglones a continuación e incluya los pasados 30 días de ingresos (antes de impuestos y deducciones) o evidencia de empleo. Si no proporcionó su Número de Seguro Social, por favor incluya evidencia de empleo:		
<b>Trabajo actual 1: Nombre de la persona que está trabajando:</b>		<b>Nombre y teléfono del empleador:</b>
Salario/propinas mensuales (antes de impuestos) Tarifa por hora:	¿Este trabajo se considera temporal y se espera que dure menos de 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Promedio de horas que esta persona trabaja por semana:	¿Con qué frecuencia le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
<b>Trabajo actual 2: Nombre de la persona que está trabajando:</b>		<b>Nombre y teléfono del empleador:</b>
Salario/propinas mensuales (antes de impuestos) Tarifa por hora:	¿Este trabajo se considera temporal y se espera que dure menos de 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Promedio de horas que esta persona trabaja por semana:	¿Con qué frecuencia le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
<b>Trabajo actual 3: Nombre de la persona que está trabajando:</b>		<b>Nombre y teléfono del empleador:</b>
Salario/propinas mensuales (antes de impuestos) Tarifa por hora:	¿Este trabajo se considera temporal y se espera que dure menos de 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Promedio de horas que esta persona trabaja por semana:	¿Con qué frecuencia le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente		
<b>35.</b> Llene esta sección si: alguien tiene un negocio en su hogar; alguien vende cosas en línea o en sitios Web tales como eBay o Craigslist; alguien trabaja por cuenta propia; o si alguien gana dinero cuidando niños, donando plasma o vendiendo productos tales como cosméticos o utensilios de cocina.			
¿Quién trabaja por cuenta propia?	Nombre del negocio:	¿El negocio es una corporación o una SRL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ingresos brutos de este negocio del último mes: \$	Ingresos brutos de este negocio del último mes: \$	Costos del negocio del último mes: \$	
Describa los costos del negocio del mes anterior: (Esto incluye cosas tales como publicidad o materiales).			
<b>36.</b> ¿Alguien en el hogar ha renunciado, se le ha terminado o le han reducido las horas en el trabajo en los pasados 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   De ser así, por favor completar lo siguiente:			
Nombre de la persona que renunció o perdió su trabajo:	Nombre y teléfono del empleador:		
Fecha y monto de último cheque de esta persona:	Salario/propinas mensuales (antes de impuestos):		
Razón por la que se terminó el empleo:			
Fecha de inicio y terminación del empleo:	¿Con qué frecuencia le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente		
<b>37.</b> ¿Algún miembro del hogar está en huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>38.</b> ¿Usted o alguien en su hogar ha solicitado o recibe otros ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   De ser así, marque todas las fuentes de ingresos que apliquen y llene lo siguiente:			
<input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Jubilación/Pensión <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> Beneficios de sobreviviente <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos <input type="checkbox"/> Viudo(a) de veterano <input type="checkbox"/> Dividendos/intereses	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Préstamos/regalos <input type="checkbox"/> Ingreso por alquiler <input type="checkbox"/> Beneficios de discapacidad <input type="checkbox"/> Asistencia Financiera	
		<input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> Jubilación del sistema ferroviario <input type="checkbox"/> Compensación del trabajador <input type="checkbox"/> Ingreso en especie (trabajo a cambio de alquiler) <input type="checkbox"/> Otro dinero en efectivo que se recibe mensualmente	
<b>Persona que recibe el dinero:</b>	<b>Dinero de:</b>	<b>Monto mensual:</b>	
		\$	
		\$	
		\$	
<b>39.</b> ¿Alguien que está solicitando ha recibido un pago de suma global? (Indemnización por demanda o seguro, Seguro Social, SSI, SSDI, Beneficios para Veteranos, herencia, rescate de anualidad o seguro de vida, otro). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor llenar lo siguiente:			
<b>Quién:</b>	<b>Cuándo lo recibió:</b>	<b>Tipo de suma global:</b>	<b>Monto: \$</b>
<b>Quién:</b>	<b>Cuándo lo recibió:</b>	<b>Tipo de suma global:</b>	<b>Monto: \$</b>
<b>Recursos - Para todas las preguntas en esta sección, deberá incluir los recursos que posee en conjunto con miembros del hogar y personas que no son miembros del hogar.</b>			
<b>40a.</b> ¿Usted o alguien en el hogar tiene alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   De ser así, marque todos los que apliquen a continuación y conteste las siguientes preguntas:			
<input type="checkbox"/> Dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Cuenta corriente y ahorros <input type="checkbox"/> Certificados de Depósitos (CD) <input type="checkbox"/> Ganancias de la venta de hogar(es)	<input type="checkbox"/> Fondos mutuos <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> 401(K) <input type="checkbox"/> Otros recursos	<input type="checkbox"/> Cuenta de retiro <input type="checkbox"/> Acciones/bonos <input type="checkbox"/> Pensión Vitalicia	<input type="checkbox"/> Cuenta de educación <input type="checkbox"/> Propiedades (tierra, hogares) <input type="checkbox"/> Fideicomiso

Propietario:	¿Qué posee?	Monto:	Propietario:	¿Qué posee?	Monto:
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$

🍏 40b. ¿Alguien es dueño de un auto, camión, camioneta, bote, motocicleta, RV o tráiler?  Sí  No De ser así anótelos a continuación. Se deben anotar artículos con licencia y sin licencia:

Propietario:	Marca/modelo y año:	Valor:
		\$
		\$
		\$

🍏 40c. ¿Alguien ha regalado algo de valor o vendido algo por menos del valor justo del mercado en los últimos cinco años? Si solicita SNAP, incluya toda en los tres últimos meses.  Sí  No De ser así anote a continuación lo que se ha vendido o regalado:

Persona que lo regaló o vendió:	¿Qué se regaló/vendió?	Valor:
		\$

🍏 40d. ¿Alguien está comprando, o alguien es propietario de tierras, propiedades, casa, propiedad de alquiler, tiempo compartido, cabaña o lote en Nebraska o cualquier otra parte?  Sí  No De ser así, anótelos a continuación:

Persona que lo va a comprar/propietario:	Dirección o descripción de la propiedad:	Valor:
		\$

🍏 41. ¿Alguien tiene pólizas de seguro de vida?  Sí  No Escriba las pólizas a continuación:

¿Quién la posee?	Compañía y número de póliza:	De por vida entera o a término:	Valor:
			\$
			\$

🍏 42. ¿Alguien tiene pólizas funerarias?  Sí  No Escriba las pólizas a continuación:

¿Quién la posee?	Compañía y número de póliza:	De por vida entera o a término:	Valor:
			\$
			\$

**Gastos – No reportar o verificar un gasto, aparte de la renta o los servicios públicos, será visto como una declaración por parte de su hogar afirmando que no desea que tomemos en cuenta aquel gasto. Esto puede resultar en que usted reciba una cantidad menor de beneficios de SNAP.**

🍏 43a. ¿Alguien paga cuidado infantil o cuidado de adultos?

Gasto:	¿Quién paga el gasto?	Para quién es:	Monto pagado:	¿Con qué frecuencia se paga?
			\$	
			\$	
			\$	

🍎 43b. ¿Alguien paga pensión alimenticia (la pensión alimenticia no aplica para SNAP) o manutención infantil? Esto incluye pagos morosos (pagos atrasados):

Gasto:	¿Quién paga el gasto?	Para quién es:	Monto pagado:	¿Con qué frecuencia?	Monto obligado legalmente:
			\$		
			\$		

🍎 43c. ¿Alguien paga gastos médicos (tales como primas de seguros, medicinas recetadas, o copagos)? Para SNAP, el gasto solo puede usarse si lo paga un miembro del hogar que sea un adulto mayor o discapacitado:

Gasto:	¿Quién paga el gasto?	Para quién es:	Monto pagado:	¿Con qué frecuencia se paga?
			\$	
			\$	
			\$	

🍎 44. ¿Alguien paga una segunda hipoteca, alquiler de lote, pagos de condominio, impuestos de propiedad de su casa (no incluidos en el alquiler) o seguro sobre la vivienda (no incluido en el alquiler)?  Sí  No De ser así, por favor llenar lo siguiente:

Gasto:	Monto que se factura actualmente:	¿Con qué frecuencia se factura?
	\$	

🍎 45. ¿Ha recibido ayuda para pagar uno de los gastos indicados anteriores en los últimos 12 meses?  Sí  No De ser así, ¿quién ayudó a pagar los gastos indicados anteriormente?

**Registro del votante**

A cualquier ciudadano del estado de Nebraska que haya cumplido con los requisitos del registro del votante y solicite beneficios de asistencia económica se le debe dar la oportunidad de registrarse para votar. Si le gustaría recibir ayuda para llenar su solicitud del registro del votante, le ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede llenar la solicitud en privado. Si no está registrado para votar donde vive ahora ¿le gustaría hacer hoy su solicitud para registrarse para votar?\*  Sí  No

\*Si usted no marcó ninguna de las respuestas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en esta ocasión.

**OPCIONAL Raza y categoría étnica**

Indique la raza y categoría étnica de la cabeza del hogar. El Título VI de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 nos permite preguntarle esta información. Esta información no será utilizada para determinar su elegibilidad para recibir ayuda. Si usted no proporciona esta información, esto no afectará su solicitud. Pedimos esta información para asegurarnos de que los beneficios sean distribuidos sin importar la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y donde aplique, creencias políticas, estado civil, estatus de familia o de paternidad, orientación sexual, que el total o una parte de los ingresos de una persona provengan de un programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o actividad llevada a cabo o financiada por el Departamento. Si usted no da ninguna información, el trabajador marcará una respuesta.

**Raza - Seleccione todas las que apliquen:**

- Nativo Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano
- Hawaiano o de otra isla del Pacífico  Blanco  Otro: \_\_\_\_\_

**Categoría étnica** – ¿Es usted hispano o latino?  Sí  No

**Para información sobre recursos en su área, por favor llamar al 2-1-1 de un teléfono fijo o 402-444-6666 de un teléfono celular.**

**Si desea solicitar Ejecución de Manutención Infantil (CSE), por favor visite y solicite en línea a: [dhhs-childsupport.ne.gov/CSENPAApp/](http://dhhs-childsupport.ne.gov/CSENPAApp/) o llame al 1-877-631-9973, opción 2.**

# LO QUE DEBE SABER

(Derechos y responsabilidades)

## POR FAVOR CONSERVE ESTA INFORMACIÓN

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

- Debo decir la verdad, es un delito mentir en esta solicitud.
- Es posible que tenga que presentar documentos que muestren que lo que les he reportado es cierto.
- Debo reportar cualquier cambio a la información que les he dado en mi solicitud.
- Si creo que el DHHS cometió un error puedo solicitar una apelación o una audiencia justa.
- DHHS no discriminará.
- DHHS confirmará el estatus de ciudadanía y de inmigración de todo aquel que solicite beneficios.
- DHHS recuperará cualquier beneficio que usted no debiera haber recibido.
- DHHS le notificará cuando sus beneficios vayan a ser reducidos o terminados.

### UD. TIENE DERECHO A

- Solicitar y discutir con un trabajador o un supervisor sobre cualquier acción tomada respecto a su solicitud o caso.
- Recibir asistencia de la persona que Ud. elija en el proceso de llenar la solicitud.
- Ser remitido a otras agencias privadas o públicas.
- Ver una copia de las regulaciones del programa.
- Llevar a cabo una entrevista en su hogar, en un lugar acordado mutuamente, o por teléfono.
- Una acción razonablemente oportuna respecto a su solicitud de beneficios.
- Recibir una notificación adecuada de cualquier acción que afecte su solicitud o su caso.
- Una explicación completa de los requisitos y beneficios del programa.
- Que su solicitud de SNAP sea procesada conforme a los procedimientos de SNAP. Incluyendo procedimientos basados en un procesamiento oportuno y requisitos de notificación.
- Que su solicitud de beneficios de SNAP sea considerada, independientemente de que le hayan negado o no los beneficios de otros programas.

### UD. TIENE LA RESPONSABILIDAD DE

- Proporcionar información completa y exacta. Ud. puede ser sujeto a sanciones penales bajo las leyes estatales o federales que apliquen, si no da la información completa y exacta. Ud. es principalmente responsable de proporcionar pruebas de la situación de su hogar, pero el trabajador de su caso le ayudará a obtener verificación si Ud. coopera con el proceso de solicitud.
- Solicitar y aceptar cualquier tipo de beneficios potenciales o ingresos para los cuales usted pudiera ser elegible, si así lo requiere un trabajador.
- Efectuar un copago por ciertos servicios médicos si se requiere.
- Pagar una tarifa a su proveedor de cuidado infantil, si se requiere, con base en sus ingresos.
- Cooperar con el personal estatal y federal en una Revisión de Control de Calidad (Quality Control Review)
- Cooperar con el Programa Managed Care de Nebraska para ciertos beneficiarios de servicios médicos.
- Cooperar con la Oficina de Ejecución de Manutención Infantil de Nebraska.
- Hacer preguntas si no entiende algo sobre la asistencia médica.

### REPORTAR CAMBIOS PARA AABD, ADC, SDP, RRP Y CUIDADO INFANTIL

Reportar todos los cambios al DHSS en un plazo de 10 días, tales como:

- Cambios en el hogar, si alguien se muda dentro o fuera del hogar
- Si Ud. se muda
- Nuevo empleo
- Terminación o cambio de trabajo, incluyendo entrenamiento para el empleo u otras actividades de trabajo
- Cambio en la cantidad de ingresos mensuales.
- Cambios de discapacidad o incapacidad.
- Cambios en seguro médico.
- Cambio de un recurso (tal como adquirir un nuevo vehículo o un cambio en su cuenta bancaria).

Puede reportar estos cambios en línea: [www.ACCESSNebraska.ne.gov](http://www.ACCESSNebraska.ne.gov). Haga clic en "Reportar Cambios" (Report Changes).

## **REPORTAR CAMBIOS PARA BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP)**

### **ANTERIORMENTE PROGRAMA DE CUPONES PARA ALIMENTOS**

Existen tres categorías para reportar en el programa SNAP: Reporte de cambio (CR), Informe simplificado (SR), e Informe sobre los beneficios en transición (TBR). Se determina la categoría de reporte que se le asignará según la situación de su hogar. En su Notificación de Elegibilidad se le informará de la categoría de su reporte, periodo de certificación y los requisitos para hacer un reporte. Usted recibirá la Notificación de Elegibilidad por correo. Si su categoría de beneficios de SNAP cambia durante el periodo de certificación, recibirá otra notificación con los nuevos requisitos de reporte para la nueva categoría. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para entender su notificación o categoría de reporte, contacte al DHHS o ingrese en línea a: [ACCESSNebraska.ne.gov](http://ACCESSNebraska.ne.gov) y seleccione "Reportar Cambios".

### **RESTRICCIONES PARA EL USO DE BENEFICIOS ELECTRÓNICOS**

**NOTIFICACIÓN:** Si recibe sus beneficios de TANF (Ayuda Temporal para Familias Necesitadas - ADC, AABD, SDP, RRP o LIHEAP) a través de la tarjeta de débito ReliaCard, tenga presente que es una infracción a la ley federal y/o a las regulaciones estatales el acceso a estos fondos a través de un cajero automático (ATM) ubicado en, o a través de una compra en un punto de venta en los siguientes tipos de comercios:

1. Licorerías;
2. Casinos, casinos de apuestas, o establecimientos de juegos de azar; o
3. Cualquier establecimiento que ofrezca espectáculos para adultos en los cuales los artistas se quiten la ropa o actúen al desnudo para entretener.

### **PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS DE NEBRASKA (LIHEAP)**

Los pagos de LIHEAP serán enviados a los proveedores de servicios públicos. Si un hogar recibe un pago de LIHEAP directamente debe aceptar por completo la responsabilidad de pagar las cuentas de servicios públicos.

### **ADVERTENCIA DE SANCIONES DEL PROGRAMA DE AYUDA PARA MENORES DEPENDIENTES (ADC) Y CUIDADO INFANTIL**

Los individuos que conscientemente hayan dado información falsa para poder calificar para ADC o para recibir beneficios del subsidio de Cuidado Infantil pueden estar sujetos a la descalificación debido a una Violación Intencional del Programa (IPV). Respecto al programa ADC, será descalificado solo el individuo que haya cometido el IPV. En cuanto al Subsidio de Cuidado Infantil, se descalificará al individuo que haya cometido el IPV y a su familia. El período de descalificación será:

- a). para la primera violación, hasta un año;
- b). para la segunda violación, hasta dos años; y
- c). para la tercera violación, descalificación permanente.

Estas sanciones también serán impuestas si un individuo es hallado culpable por un tribunal de haber violado los Estat. Rev. de Nebraska § 68- 1017

### **REQUISITOS DE TRABAJO DEL ADC**

Si Ud. recibe ayuda en efectivo de ADC, debe participar en actividades de trabajo aprobadas, a menos que califique para una exención. Si no coopera con los requisitos de trabajo, se le pueden reducir o cancelar sus beneficios. Se les requiere a los beneficiarios de ADC elaborar y firmar un contrato de autosuficiencia individualizado, en el cual se identifiquen las metas y se anoten los pasos necesarios para volverse económicamente autosuficiente.

### **REGISTRO DE TRABAJO PARA SNAP**

La firma de la "Cabeza del hogar", de otro adulto del hogar o de un representante autorizado en esta solicitud constituye un registro de trabajo para todos los miembros del hogar no exentos.

### **ADVERTENCIA DE SANCIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP)**

La información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación por parte de los funcionarios locales, estatales y federales. Si se encuentra alguna información incorrecta, la participación en SNAP puede ser reducida, cancelada o negada.

Los individuos que, conscientemente, hayan dado información falsa pueden ser sujetos a un proceso penal. Cualquier miembro del hogar que viole, intencionalmente, cualquier parte de estas regulaciones puede ser excluido de SNAP durante 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda y permanentemente por la tercera. Adicionalmente, una persona puede recibir una multa de \$250,000, hasta 20 años de cárcel, y estar sujeta a ser procesado bajo otras leyes federales que apliquen. Un tribunal también puede excluir del programa a un individuo durante 18 meses adicionales. Las personas declaradas culpables de tráfico de beneficios por un monto adicional de \$ 500 o más, serán inelegibles permanentemente para participar en SNAP desde la primera vez que ocurra dicha infracción. Las personas halladas culpables de utilizar y recibir y/o intentar utilizar y/o recibir beneficios de SNAP a cambio de armas de fuego, municiones o explosivos, será inelegible permanentemente para SNAP desde la primera vez que ocurra dicha infracción.

## NO:

- **Dar información falsa, incorrecta o incompleta para obtener o continuar obteniendo beneficios de SNAP.**
- **Intercambiar o vender los beneficios de SNAP o las tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT).**
- **Utilizar los beneficios de SNAP o de EBT de otra persona, a menos que le hayan sido designados.**
- **Utilizar los beneficios de SNAP para comprar artículos no alimenticios, tales como alcohol o tabaco, ni para pagar cuentas de crédito.**
- **Utilizar los beneficios de SNAP para comprar drogas ilegales, armas de fuego, municiones o explosivos.**

Los individuos declarados culpables en un tribunal federal, estatal o local de los delitos enumerados en las preguntas de la 18a a la 18f en la página 4 en el formulario EA-117 serán descalificados para participar en el Programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria (SNAP).

Los individuos declarados culpables en un tribunal federal, estatal o local del delito en la pregunta 18f serán descalificados por 10 años por la primera y segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción.

Los individuos declarados culpables en un tribunal federal, estatal o local del delito en la pregunta 18g serán descalificados para participar en el Programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria (SNAP) por un año después de la primera infracción y permanentemente por la segunda.

## PROGRAMA DE SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL

El propósito del Programa de Subsidio de Cuidado Infantil es asistir a las familias de bajos ingresos en sus necesidades de cuidado infantil. El Programa de Subsidio de Cuidado Infantil es gobernado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, Título 392 del Código Administrativo de Nebraska (NAC). Solo se proporcionará Cuidado Infantil si el hogar cumple con los requisitos definidos en el Título 392. El padre es responsable de reportar cualquier cambio (como se enuncia en la página 1), y no es la responsabilidad del proveedor de cuidado infantil. El Cuidado Infantil solo puede ser utilizado para el propósito que se ha autorizado. Si usted utiliza el servicio de cuidado infantil para otro propósito, es posible que tenga que pagarle al DHHS por el cuidado infantil no autorizado.

## AUDIENCIAS JUSTAS

Si Ud. no está de acuerdo con cualquier acción tomada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de Nebraska que afecte sus beneficios, puede solicitar una audiencia justa por escrito. Para SNAP puede solicitar verbalmente una audiencia justa contactando al DHSS. Usted puede continuar recibiendo su nivel actual de asistencia hasta que se tome una decisión sobre la audiencia SI (1) Ud. solicita una audiencia dentro de los diez días después de la fecha de la notificación por parte de la agencia, y (2) solamente para los beneficios de SNAP, su periodo de certificación no se ha vencido. Una petición para una audiencia justa se debe hacer dentro de los primeros 90 días después de la acción o la omisión. Ud. o su representante tienen derecho a examinar el archivo de su caso. En la audiencia Ud. puede representarse a sí mismo, o ser representado por otra persona.

## DERECHOS CIVILES

El Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias, y donde aplique, creencias políticas, estado civil, estado de familia o de paternidad, orientación sexual; o que todo o una parte del ingreso de un individuo provenga de un programa de asistencia pública; o información genética protegida en el trabajo o en un programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases de prohibición aplican a todos los programas o actividades de empleo). Si desea presentar una queja de discriminación en el Programa de Derechos Civiles contra el USDA, llene el Formulario de Quejas por Discriminación del programa del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, en inglés), disponible en línea: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja lleno o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Las personas que sean sordas, tengan problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español). Para cualquier otra información que tenga que ver con el Programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria (SNAP), puede llamar al número de la Línea Directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, o a los números de Información/Línea Directa del Estado, que se encuentran en: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

## REGISTRO DEL VOTANTE

Por favor tenga en cuenta que la información y la oficina a la que hizo la solicitud permanecerán confidenciales y solamente serán usadas con fines de registro del votante. El hecho de solicitar registrarse o de no registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia o servicios que le serán proporcionados por esta agencia. Si Ud. cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a no registrarse para votar; su derecho a la privacidad para decidir si quiere registrarse; solicitar registrarse para votar; o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja al:

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

## NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

El DHHS pide los números de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de todos los individuos para quienes se están solicitando los beneficios. A los individuos que no estén solicitando asistencia para sí mismos no se les requiere tener o presentar un SSN. Si el individuo es responsable económicamente por otros en el hogar, el SSN se utilizará solamente para verificar los ingresos y/o recursos a través de un programa computarizado de comparación de datos, tal como se indica a continuación, u otros contactos, para determinar la elegibilidad de los individuos que pidan asistencia. Si no se provee el SSN, el hogar debe asumir la responsabilidad de proveer la información necesaria para determinar la elegibilidad quienes están pidiendo asistencia. Cualquier SSN se usará y será divulgado de la misma manera que los SSN de los participantes elegibles. Para los beneficios de SNAP, se pueden revelar los SSN a otras agencias federales y estatales para que hagan una inspección oficial, y a los agentes del orden público con el objetivo de detener a las personas que estén huyendo para evadir la ley. Si un hogar ha recibido un sobrepago de beneficios de SNAP, la información de esta solicitud, que incluye los SSN, puede ser remitida a agencias federales y estatales, y también a agencias de cobranza privadas para que recolecten el sobrepago.

El SSN de cada persona en el hogar que esté solicitando asistencia, y que proporcione dicho número, será verificado a través de un sistema computarizado de comparación de datos con las siguientes agencias, con el fin de determinar la elegibilidad: Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad Estatal (Income and Eligibility Verification System), Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, el Departamento del Trabajo de Nebraska (Nebraska Department of Labor), la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), el Secretario del Tribunal del Distrito (Clerk of the District Court), el Centro de Pagos de Manutención Infantil (Child Support Payment Center), el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y la Administración de Servicios para Veteranos (Veteran's Administration).

La información recibida de parte de estas agencias es usada y verificada cuando el DHHS encuentra discrepancias. Esta información puede afectar la elegibilidad de un hogar y el nivel de beneficios que recibe. Los SSN también son verificados en el sistema computarizado de comparación de datos y en las revisiones o las auditorías de los programas, para asegurarse de que cada hogar reciba la cantidad de beneficios correcta. Esto puede resultar en que se lleven a cabo acciones penales o civiles o reclamos administrativos contra las personas que participen de manera fraudulenta. Esta información también será usada para monitorear el cumplimiento de los requisitos de los programas y para efectos de administración de los programas.

No se requiere un SSN para solicitar para los programas de Subsidio de Cuidado Infantil y Subvención en Bloque de Servicios Sociales, y no se negará la elegibilidad si no se proporcionan los SSN. Si se presenta un SSN, este se usará para elaborar series de datos con el fin de hacer investigaciones en las cuales no se identifica a los individuos, y para verificar los ingresos.

Si Ud. está solicitando los beneficios de SNAP o Subsidio de Cuidado Infantil, debe informarnos en esta solicitud del estatus de ciudadanía y de inmigración de las personas de su hogar. Para el Subsidio de Cuidado Infantil, nos debe informar sobre el estatus de ciudadanía o de inmigración de los menores que recibirán asistencia. Si alguien de su hogar no tiene SSN, podemos ayudarle a que lo pida para que no haya retrasos en su solicitud.

Solamente las personas que presenten información sobre su estatus de inmigración y los SSN pueden recibir los beneficios de SNAP. Si algún miembro de su hogar o de su familia no desea solicitar beneficios de SNAP, no necesita darnos esta información. Si las personas en su hogar eligen no dar información sobre su estatus de inmigración o su SSN, aun así deben darnos la información necesaria para determinar la elegibilidad de las otras personas de su hogar. Ud. puede retirar su petición de los beneficios para esas personas o puede retirar su solicitud completa.

## ASISTENCIA MÉDICA PARA SDP Y RRP

**Responsabilidad de la tercera parte:** los individuos que reciben Asistencia Médica le han asignado al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) el derecho de pago de cualquier soporte médico u otro pago de cuidado médico, aceptan cooperar con el DHHS para establecer paternidad y cooperar con el DHHS para contactar a cualquier tercera parte que esté disponible, tal como cualquier pago de seguro o acuerdo judicial. Los beneficios de Medicare no son asignados. Los individuos deben cooperar con el DHHS para obtener el reembolso por el costo de cuidado médico y por los servicios proporcionados a cualquier miembro de la unidad de asistencia. No cooperar resultará en la terminación de la elegibilidad para asistencia médica para ese individuo. El DHHS cancelará el requisito de cooperación si determina que el individuo tiene motivo suficiente para negarse a cooperar. Si en cualquier momento Ud. quiere reclamar motivo suficiente, debe decirle al DHHS que piensa que tiene motivo suficiente. El motivo suficiente se define como una declaración del DHHS afirmando que cooperar va en contra del interés superior del menor o del individuo porque se prevé que dicha cooperación resultaría en represalia, y causaría daño físico o emocional al individuo o a otra persona. Estatutos Revisados de Nebraska § 68-716, 68-916, y 68-917

**Divulgación de los registros médicos:** si se requiere, toda persona que tenga registros e información médica o la custodia de tales registros de los beneficiarios debe entregarlos al DHHS. Esta información será usada tal como lo estipula la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Información.

**Convenio para el reembolso de gastos médicos:** cuando el DHHS paga los servicios prestados a un beneficiario, se debe incluir la cantidad que el DHHS ha pagado para tratar la lesión o la enfermedad en cualquier demanda legal en contra de un tercero. Si el beneficiario recibe después un pago de seguro o del tribunal, se le debe notificar al DHHS acerca del pago y se deberá usar ese dinero para pagar al DHHS por la asistencia médica que pagó previamente.

### Servicios Médicos:

- Presente la prueba de su elegibilidad actual a los proveedores de servicios médicos antes de recibir dichos servicios.
- Pregunte a su proveedor de servicios médicos o al DHHS cuáles servicios se cubren.
- Informe al DHHS y a sus proveedores de cuidado médico sobre cualquier cobertura de seguro médico que tenga (incluyendo la cobertura dental.)
- Acepte matricularse en un plan grupal de seguro médico que ofrezca su empleador si el DHHS determina que le conviene económicamente.

- Acepte cumplir con los requisitos de managed care.
- Pague el costo de todos los gastos médicos que no sean cubiertos.
- Si recibe cualquier factura o estado de cuenta de parte de proveedores o de agencias de cobranza, Ud. es responsable de informarles de inmediato que su cobertura es a través del DHHS.
- No cumplir con ciertas condiciones puede tener como resultado que usted sea responsable de pagar las cuentas.

**Programa para la Recuperación del Patrimonio de Medicaid (Medicaid Estate Recovery Program):** bajo la ley federal (Ley de Seguridad Social, Título 19, sec. 1917 {42 U.S.C. 1396P}) y la ley del estatal (Estatutos Revisados de Nebraska 68-919), el Programa para la Recuperación del Patrimonio de Medicaid autoriza al DHHS a hacer la recuperación de las propiedades del patrimonio de los clientes de Medicaid fallecidos que estaban internados permanentemente en una institución, o que tenían 55 años o más de edad cuando fueron provistos los beneficios. Las leyes federales y estatales contemplan ciertas exenciones al Programa para la Recuperación del Patrimonio de Medicaid (471 NAC 38-000). Para más información o preguntas sobre el Programa para la Recuperación del Patrimonio de Medicaid, puede contactar al DHHS y pedir el folleto "Medicaid Estate Recovery".

## **ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nebraska o "DHHS", y las agencias que incluyen los centros de salud y programas de asistencia médica que están afiliadas bajo el control común de la Ley de Servicios de la Asociación de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, están obligados, según la ley federal, a mantener la privacidad de la Información de Salud Protegida y a dar información sobre los deberes legales y las prácticas de privacidad respecto a la Información de Salud Protegida.

### **PRÁCTICAS Y USOS:**

El DHHS puede acceder, utilizar y compartir información médica sin su consentimiento con el propósito de:

- **Tratamiento:** Podemos utilizar la información médica para suministrarle servicios o tratamiento médico. Puede que compartamos información con un enfermero, un profesional de la salud u otro personal, que estén suministrándole tratamiento o servicios. Por ejemplo, un doctor que esté tratándolo por una pierna fracturada puede que necesite saber si usted tiene diabetes, porque la diabetes puede retrasar el proceso de sanación.
- **Diferentes agencias al interior del DHSS** pueden compartir su información con el fin de coordinar diferentes cosas que usted necesite, o para apoyar y mantener su secuencia continua de atención.
- **Pagos:** Podemos utilizar y divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que usted reciba sean cobrados. Por ejemplo, podemos utilizar la información médica de una cirugía que le hicieron para que los gastos puedan ser reembolsados al hospital.
- **Operaciones:** Podemos utilizar y revelar información para operaciones médicas. Por ejemplo, podemos utilizar información médica para revisar su tratamiento y los servicios que le prestaron, y evaluar el desempeño del personal.

### **OTROS USOS PERMITIDOS Y DIVULGACIONES QUE SE PUEDEN HACER SIN CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN:**

- **Requerido por la ley:** Podemos utilizar o divulgar su Información de Salud Protegida en tanto tal uso o divulgación sea requerido por la ley. Usted será notificado, si se requiere por ley, de dichos usos o divulgaciones.
- **Salud pública:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida para propósitos y actividades de salud pública, a la autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para recolectar o recibir esta información.
- **Enfermedades transmisibles:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida, si así lo permite la ley, a una persona que haya sido expuesta a una enfermedad transmisible o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o condición.
- **Supervisión de salud:** Podemos divulgar Información de Salud Protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley, u otras actividades necesarias para la supervisión apropiada del sistema de cuidado de salud, programas de beneficios del gobierno y otros programas gubernamentales de regulación 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 de forma consistente con los requerimientos de las leyes federales y estatales que apliquen.
- **Procedimientos legales:** Podemos divulgar la Información de Salud Protegida durante cualquier procedimiento judicial o administrativo como respuesta a una orden del juzgado o tribunal administrativo (siempre y cuando tal divulgación esté expresamente permitida), y en ciertas condiciones; como respuesta a una citación a comparecer, a una petición de divulgación de pruebas, o a cualquier otro proceso legal.
- **Cumplimiento de la ley:** También podemos divulgar Información de Salud Protegida, siempre y cuando se apliquen los requisitos legales, con el propósito de hacer cumplir la ley.
- **Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés):** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida en la medida que lo requiera la Administración de Medicamentos y Alimentos.
- **Médicos forenses, directores funerarios y donación de órganos:** Podemos divulgar Información de Salud Protegida a un examinador médico o a un médico forense con el propósito de identificar y determinar la causa de muerte, o para que el examinador médico o el forense realice otras labores autorizadas por la ley.
- **Investigación:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida a investigadores, cuando sus investigaciones hayan sido aprobadas por una junta institucional de revisión; para garantizar la privacidad de su Información de Salud Protegida.

- Actividad criminal: Podemos divulgar su Información de Salud Protegida si consideramos que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- Funciones gubernamentales especializadas: Cuando se den las condiciones apropiadas, podemos utilizar o divulgar
- Información de Salud Protegida de individuos que formen parte del personal de las fuerzas armadas; para actividades militares, de seguridad nacional, y de inteligencia. La Información de Salud Protegida puede ser divulgada para propósitos de administración de beneficios públicos.
- Compensación del trabajador: Podemos divulgar su Información de Salud Protegida, según se autorice, para dar cumplimiento a las leyes de compensación laboral y otros programas similares legalmente establecidos.
- Reclusos: Podemos utilizar o divulgar su Información de Salud Protegida si usted está recluso en una institución correccional, mientras se le esté proporcionando cuidado médico.
- Usos y divulgaciones requeridas: Debemos hacer divulgaciones cuando así lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; para investigar o determinar si estamos cumpliendo con los requerimientos del Código de Regulaciones Federales (CFR) 45, Título II, Sección 164 et. seq.

## **USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN:**

Hay ciertos usos y divulgaciones de Información de Salud Protegida que requieren su autorización. Entre los cuales están: la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; usos y divulgaciones de información de salud protegida para propósitos de mercadeo; y divulgación de información de salud protegida que constituya una venta.

Otros usos y divulgaciones no descritos en esta notificación serán hechos solo CON su autorización. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, según lo establecido en el (CFR 45) 164.508(b)(5).

## **SUS DERECHOS A LA PRIVACIDAD:**

- Derecho a revisar y a copiar. Usted tiene derecho a revisar y a copiar su información médica. Generalmente, esto incluye registros y facturas médicos, pero no incluye notas de psicoterapia. Para revisar y copiar información médica, usted debe enviar una petición por escrito a la institución donde le prestaron el servicio, o a la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA del DHHS. Si pide una copia, podemos cobrarle por el costo de copiarla, enviarla por correo y por otros materiales relacionados con su petición. En ciertas circunstancias podríamos negar su petición de revisar y copiar. Si se le niega acceso a su información médica, puede pedir que se revise la negación.
- Derecho a una rectificación. Si considera que la información médica es incorrecta o incompleta, puede pedir que enmendemos (rectifiquemos) la información. Tiene derecho a pedir una rectificación siempre y cuando la información sea guardada por o para el DHHS. Para pedir una rectificación, debe hacer la petición por escrito a la institución donde le prestaron el servicio, o presentarla a la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA del DHHS. Además, debe proporcionar una razón que respalde su petición. Podemos negarle la petición de rectificación si no es hecha por escrito o si no incluye una razón que respalde la petición. Asimismo, podemos negar su petición si pide que se modifique información que:
  - No haya sido generada por nosotros, a menos que la persona o entidad que generó la información no esté disponible para hacer la rectificación;
  - No sea parte de la información médica guardada por o para el DHHS;
  - No sea parte de la información que usted tiene permiso de revisar y copiar; o,
  - Esté completa y correcta.
- Derecho a un registro de divulgaciones. Usted tiene derecho a pedir una lista de las divulgaciones que hemos hecho sobre su información médica. Debe presentar su petición por escrito a la institución donde le prestaron el servicio, o a la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA del DHHS. Su petición debe indicar un período de tiempo que no sea mayor a seis (6) años y no debe incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su petición debe indicar en qué formato quiere que le entreguen el registro.
- Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones en la información médica que usamos o divulguemos sobre su tratamiento, operaciones de cuidado médico, y a alguien que tome parte en su cuidado o en el pago de su cuidado, tal como un familiar o un amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones, a menos que sea para pagos o para operaciones médicas y usted use sus propios fondos para pagar, en su totalidad, por un artículo o un servicio de cuidado médico. Si accedemos, cumpliremos su petición a menos que cierta información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer la petición por escrito al lugar donde le prestaron el servicio o a la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA del DHHS. En su solicitud debe decirnos: (1) qué información desea restringir, (2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación, o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen las restricciones.
- Derecho a pedir comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de determinada manera o en determinado lugar. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacerlo por escrito al lugar donde le prestaron el servicio, o a la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA del DHHS. La solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.
- Derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted tiene derecho a una copia impresa de esta notificación en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir esta notificación electrónicamente, de todos modos tiene derecho a una copia impresa de esta notificación. Puede adquirir una copia de esta notificación en nuestro sitio web [http://dhhs.ne.gov/Pages/hipaa\\_hp-1-p-notice.aspx](http://dhhs.ne.gov/Pages/hipaa_hp-1-p-notice.aspx), o comunicándose con nosotros.
- Opción de no recibir comunicados para recolectar fondos. Si el DHHS está llevando a cabo actividades para recolectar fondos, usted tiene derecho a ser excluido de este comunicado.
- Notificación de infracción. En el evento de que el DHHS infrinja su información de salud protegida sin garantía, según lo define la HIPAA, usted recibirá una notificación de infracción.

## QUEJAS

Si cree que su derecho a la privacidad ha sido violado, puede presentar una queja ante el DHHS o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante el DHHS, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA del DHHS. Para presentar una queja ante el HHS, contacte a: Secretary, Health and Human Services, Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-866-OCR PRIV (627-7748), 1-866-778-4989-TTY. Usted no será sancionado por presentar una queja.

## CAMBIOS EN LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nebraska se reserva el derecho a rectificar esta notificación en cualquier momento futuro. Hasta que se lleve a cabo dicha rectificación, el DHHS está obligado por ley a ceñirse a los términos de esta notificación. El DHHS le notificará en caso de que se lleve a cabo cualquier cambio sustancial en la revisión de estas políticas, ya sea electrónicamente o en formato impreso.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

Esta Notificación cumple los requisitos de "Notificación" de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de la Información de Salud de 1996 (HIPAA), Reglamentación Final de Privacidad. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de las prácticas de esta Notificación de Privacidad de la Información, o desea tener más información sobre las prácticas de información en el DHHS, por favor diríjase a: HIPAA Privacy and Security Office, 301 Centennial Mall South 3rd Floor, Lincoln, Nebraska, 68509-5026, por teléfono al 402-471-8417, o por correo electrónico a [DHHS.HIPAAOffice@nebraska.gov](mailto:DHHS.HIPAAOffice@nebraska.gov). Si tiene preguntas sobre sus beneficios llame al 800-383-4278.

Efectivo: 9/23/2013

Visite <http://dhhs.ne.gov/Pages/default.aspx> para descargar e imprimir. En la parte inferior derecha de la página hogar del DHHS, haga clic en "Download Forms" (Descargar formularios), seleccione "OK", haga una búsqueda por número de formulario o documento, y abra el documento haciendo clic dos veces en el título.