

Esta **portada** es solo para proporcionar información para ayudarle a completar esta 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.

SNAP

• Si está solicitando solo beneficios de SNAP, por favor responda todas las preguntas anotadas con una 🍏.

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.

LIHEAP

Si está solicitando LIHEAP, todos los que viven en su dirección son requeridos a solicitar.

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PARA REFUGIADOS

Programa de Reasentamiento de Refugiados ayuda a individuos con estatus de refugiado quienes se mudaron a los Estados Unidos dentro de los pasados **ocho (8) 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.

AABD

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

Programa Estatal de Discapacidad 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.

SSAD

- **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.

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: http://dhhs.ne.gov/Pages/localoffices.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 hablará 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.

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 Médico)
- ✓ 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

Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

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			
	SNAP	LIHEAP	RRP	ADC	CC	EA	SSCF	AABD	PAS	SSAD	SDP	
¿Para cuales programas desea solicitar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 padre, debe de decir a ACCESSNebraska cual padre 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/Triplex	<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), 1221 N Street, Suite 103, 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 esta en una institución, la fecha de la solicitud será la fecha que usted salga de la institución.
- Al solicitar, el hogar está autorizado para recibir información y servicios de referencias por medio del Programa de Recursos Ampliado.

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) Numero de Teléfono para Mensaje:	(20) Mejor Horario para Llamarle para una Entrevista:	
(21) Numero 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 Alcantarillado/Agua Combustible
 Calefacción / Refrigeración Ninguno Otro: _____

(32) **¿Se han apagado sus utilidades?** Sí No

(33) **¿Tiene una desconexión de servicios públicos o una notificación vencida?** Sí No

(34) **¿Está casi sin combustible para calefacción (3 días o menos)?** Sí No

(35) **¿Se le acabó el combustible de calefacción?** 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

Solicitud de Beneficios de Asistencia Económica

					<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

Si es así, por favor proporcione la información en la página siguiente para esta persona(s). Para poder recibir Asistencia de SNAP, ADC, o Cuidado Infantil, usted deberá de cooperar con Child Support Enforcement (Cumplimiento de Manutención de Niños). Si se determina que un miembro del hogar no está cooperando, esa persona será inelegible para SNAP. Si el cooperar puede resultar en un daño a usted o su niño(s), o si tiene otra buena razón porque usted no puede cooperar, por favor háganoslo saber. Se le puede pedir que proporcione evidencia para poder mostrar una buena causa por su falta de cooperación.

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:	Numero de Teléfono del Padre/Madre Viviendo fuera del hogar:	Otra Información que pueda proporcionar (Ej.: Fecha de Nacimiento, Empleador, Dirección del Empleador, o Numero 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.?	¿/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 medica? Sí No

Si es así. ¿Quién? _____

Información Militar

⁽⁵⁰⁾ ¿Alguien en el hogar está ahorita activo o en reserva en alguna rama del ejercito 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 esta en Colegio	
				¿Esta Él/Ella Asistiendo Tiempo Completo o Tiempo Parcial?	¿Está Él/Ella Participando en un Trabajo de Estudio?
			<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"/> 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"/> 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"/> 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 tergiversada para obtener múltiples beneficios de SNAP y / o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) 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 (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:	Numero 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:	Numero 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 3: Nombre de la Persona trabajando:		Nombre en los talones de pago, si es diferente:	
Nombre del Empleador:		Numero 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, terminó 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:

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

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

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

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

Otros ingresos

(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:	Ubicación de la Cuenta/Fondo:	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:
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

 ⁽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:
			\$
			\$
			\$

(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, 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. 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, aceite combustible, queroseno o madera / otras fuentes)

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

 Último estado de cuenta con la dirección actual del hogar, el nombre de la cuenta y el número de cuenta.

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

(83) ELECTRICIDAD: proporcione la siguiente información sobre el proveedor de electricidad de su hogar. (Gas natural, electricidad, propano, carbón, aceite combustible, queroseno o madera / otras fuentes)

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

 Último estado de cuenta con la dirección actual del hogar, el nombre de la cuenta y el 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

(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:	Numero de Telefono:

(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. Entiendo que esto me identifica como una persona que recibe beneficios de SNAP. Universal Services Administrative Company puede condicionar mi elegibilidad para el programa Lifeline 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 Universal Services Administrative Company, 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 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, incluidos los procedimientos basados en el procesamiento oportuno y los requisitos de notificación.
- Tenga en cuenta su solicitud de beneficios de SNAP, independientemente de si se le han denegado o no los beneficios de otros programas.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE

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

REPORTAR CAMBIOS PARA LOS PROGRAMAS DE SUBVENCIÓN DE AABD, ADC, SDP, RRP Y CUIDADO DE NIÑOS

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"

INFORME DE CAMBIOS PARA LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP) CONOCIDOS ANTES COMO PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS

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".

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:

Continúa:

Derechos y Responsabilidades

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.

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

Los pagos de LIHEAP se enviarán a los proveedores de servicios públicos. Si un hogar recibe pagos de LIHEAP directamente, deben aceptar asumir toda la responsabilidad de pagar las facturas de servicios públicos. Al solicitar el Programa LIHEAP (Asistencia Energética), el solicitante entiende que la información recopilada en el formulario de solicitud, así como la información de elegibilidad del programa LIHEAP, puede divulgarse a los programas de energía que operan bajo DHHS. DHHS puede compartir y usar la información recopilada con fines de referencia, investigación, evaluación y análisis.

ADVERTENCIA DE LIHEAP

Las personas que han proporcionado información falsa a sabiendas para calificar para LIHEAP pueden estar sujetas a la descalificación debido a una Violación de Programa Intencional (IPV). Una persona que comete un IPV de LIHEAP no es elegible de la siguiente manera:

- a. Por un primer 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.
- b. Por un segundo IPV, la persona deja de ser elegible para los beneficios de LIHEAP por el resto del año del programa y los siguientes tres años Completos del Programa.
- c. Por un tercer IPV (y cualquier posterior), la persona queda inelegible permanentemente para los beneficios de LIHEAP.

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: Neb. Rev. Stat. § 68-1017.

REQUISITOS DE TRABAJO DE ADC

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

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN ADC

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

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.

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 estado de extranjero de los miembros del hogar solicitantes puede estar sujeto a verificación por parte de USCIS mediante el envío de información de la solicitud al USCIS, y que la información presentada recibida del USCIS puede afectar la elegibilidad del hogar y el nivel de beneficios.

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 infantil. El Programa de Subsidio de Cuidado Infantil se rige por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, Título 392 del Código Administrativo de Nebraska (NAC). El cuidado infantil solo se proporcionará si el hogar cumple con los requisitos del programa establecidos por el Título 392. El padre es responsable de informar cualquier cambio (como se detalla en la página I) y no es responsabilidad del proveedor de cuidado infantil. El cuidado de niños solo puede usarse para el propósito autorizado. Si utiliza el cuidado de niños para otro propósito, es posible que deba reembolsar a DHHS por el cuidado no autorizado.

AUDIENCIAS JUSTAS

Si no está de acuerdo con cualquier medida tomada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (DHHS) que afecte sus beneficios, puede solicitar una audiencia imparcial por escrito. La audiencia imparcial para SNAP puede solicitarse verbalmente contactando a DHHS. Puede continuar recibiendo su nivel actual de asistencia hasta que se tome una decisión de audiencia SI (1) DHHS recibe su solicitud de audiencia dentro de los 10 días a partir de la fecha de correo que figura en un aviso de la agencia, y (2) solo para beneficios de SNAP, su período de certificación no ha expirado. Una solicitud de audiencia imparcial debe hacerse dentro de los 90 días de la acción o inacción. Usted o su representante tienen derecho a examinar el registro de su caso. En la audiencia, puede representarse a sí mismo o ser representado por otra persona. Para calcular las fechas límite descritas anteriormente, no se cuenta la fecha de correo. Si el último día de los períodos de 10 o 90 días cae en sábado, domingo o feriado estatal, la fecha límite se extiende al siguiente día hábil.

DERECHOS CIVILES

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture; Office of the Assistant Secretary for Civil Rights; 1400 Independence Avenue, SW; Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

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

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

DHHS solicita los Números de Seguro Social (SSN) de todas las personas para quienes se solicita asistencia/beneficios. Las personas que no solicitan asistencia para sí mismas no están obligadas a tener o proporcionar un SSN. Si el individuo es financieramente responsable de otros en el hogar, el SSN se usará solo para verificar los ingresos y / o recursos a través de las coincidencias informáticas que se enumeran a continuación u otros contactos para que se pueda determinar la elegibilidad para aquellos que solicitan asistencia. Si no se proporciona el SSN, el hogar debe asumir la responsabilidad de proporcionar la información necesaria para determinar la elegibilidad de las personas que solicitan asistencia. Cualquier SSN proporcionado se usará y divulgará de la misma manera que los SSN de los participantes elegibles. Para los beneficios de SNAP, los SSN pueden divulgarse 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 beneficios de SNAP, la información en esta solicitud, incluidos los SSN, puede remitirse a agencias federales y estatales, así como a agencias de cobro privadas para acciones de cobro de sobrepago.

El SSN de cada persona en el hogar que solicite asistencia y proporcione su SSN se combinará por computadora con las siguientes agencias para ayudar en la determinación de elegibilidad: Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS), Departamento de Salud y Humanos de Nebraska Servicios, Departamento de Trabajo de Nebraska, Administración del Seguro Social, Secretario del Tribunal de Distrito, Centro de Pago de Manutención de Niños, Servicio de Impuestos Internos y Administración de Veteranos. El IEVS se solicitará, utilizará y podrá verificarse mediante un contacto colateral cuando el DHHS encuentre discrepancias, y esa información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios del hogar.

La información recibida de estas agencias se usa y verifica cuando DHHS encuentra discrepancias; esta información puede afectar la elegibilidad del hogar y el nivel de beneficios. Los números de seguro social también se utilizan en la comparación de computadoras y revisiones de programas o auditorías para asegurarse de que cada hogar reciba la cantidad correcta de beneficios. Esto puede dar lugar a acciones penales o civiles o demandas administrativas contra personas que participan fraudulentamente. Esta información también se utilizará para supervisar el cumplimiento de los requisitos del programa y para la gestión del programa.

El Subsidio de Cuidado Infantil y el Subsidio de Servicios Sociales no requieren un SSN para solicitar estos programas y no se negará la elegibilidad si no se proporcionan los SSN. Si se proporciona un SSN, se utilizará para reunir conjuntos de datos de investigación que no identifiquen a las personas y para verificar los ingresos.

Si está solicitando beneficios, esta solicitud le pide que nos informe sobre el estado de ciudadanía e inmigración de las personas en su hogar. Para el Subsidio de Cuidado Infantil, debe informarnos sobre el estado de ciudadanía o inmigración de los niños que recibirán asistencia. Si alguien en su hogar no tiene un SSN, podemos ayudarlo a solicitar uno y su solicitud no se retrasará.

Solo aquellas personas que brindan información sobre su estado migratorio y sus números de seguro social pueden recibir beneficios. Si algunos miembros de la familia o del hogar no desean solicitar los beneficios de SNAP, no necesitan proporcionar esta información. Si las personas en su hogar eligen no darnos información sobre su estado migratorio o SSN, aún deben proporcionarnos la información necesaria para determinar la elegibilidad de las otras personas en su hogar. Puede retirar su solicitud de beneficios para estas personas o puede retirar toda su solicitud.

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 (Rev. Nebraska Stat 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.
- **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.

Derechos y Responsabilidades

- 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.