

SOLICITUD DE AYUDA
Bienvenido al Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHHS),
División de Ayuda a la Familia (DFA)

Esta es su solicitud para los programas y servicios que ofrecemos. Por favor, lea toda la información que se le da y conteste todas las preguntas lo mejor que pueda. **Si no entiende algo, no conteste.** Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, díganoslo. **Aceptaremos su solicitud aunque sólo haya puesto su nombre, dirección, firma y los programas que solicita.** La ayuda de la DFA se basa en sus ingresos. Algunos programas de la DFA puede que también tengan en cuenta el valor en efectivo de sus posesiones, sus "recursos", para determinar si cumple con los requisitos. Algunos recursos, como la casa donde usted vive, no cuentan. Su Especialista en Servicios a la Familia (FSS) le explicará qué recursos se tienen en cuenta.

Cupones de Alimentos

El Programa de Cupones de Alimentos ayuda a las personas de bajos ingresos a comprar los alimentos que necesitan para mantenerse sanos. Para saber si cumple con los requisitos de este programa, deberá entrevistarse con un FSS. **La ayuda que reciba se basará en la fecha en que presente su solicitud.** Los límites en los recursos para este programa son:

- 2 000 dólares por hogar, o
- 3 000 dólares si un miembro del hogar tiene 60 años o más, o está discapacitado.

Con una identificación, puede obtener cupones de alimentos de emergencia dentro de los 7 días laborables siguientes si:

- gana menos de 150 dólares brutos mensuales y tienen menos de 100 dólares en efectivo
- sus gastos de alojamiento son mayores que sus ingresos brutos y que sus recursos en efectivo, o
- es un trabajador agrícola migrante o estacional, tal como se define en 7 CFR 273.10(e)(3).

Números del Seguro Social (SSN)

La Ley Federal de Privacidad de 1974 nos obliga a que le informemos de las leyes que nos permiten pedir el Número del Seguro Social (SSN) de cada persona que solicita ayuda, si usted tiene la obligación de dárselo y lo que haremos con él. Hay que dar el SSN para los programas que se listan a continuación. Detrás de cada programa está la Ley Pública, que nos obliga a pedirle el SSN.

- NHEP/FAP: Sección 137 de la Ley Pública Federal 92-603
- Cupones de Alimentos: Sección 4 de la Ley Pública Federal 96-58
- Asistencia Médica y otras ayudas económicas: Sección 2651 de la Ley Pública Federal 98-369.

Cada persona que quiera recibir ayuda de estos programas, debe proporcionar un SSN o solicitar un número en la Administración del Seguro Social. Si sólo solicita ayuda para algunos miembros de su familia, como por ejemplo un padre que pide Asistencia Médica para un hijo, sólo tiene que darnos el número de su hijo o solicitarle uno. Si usted no nos da su SSN, esto no afectará a la posibilidad de que su hijo obtenga cobertura médica.

Si no proporciona un SSN por cada persona que solicita estos los programas, puede que se deniegue su solicitud o que obtenga menos ayuda.

Para la solicitud del Programa Healthy Kids Silver Premium no hay que presentar el SSN.

Les pedimos el SSN para poder compartir información sobre ingresos devengados y no devengados y recursos entre el DHHS y:

- la Administración del Seguro Social
- el Departamento de Empleo de New Hampshire
- el Servicio de Recaudación de Impuestos (IRS)
- instituciones financieras
- programas computerizados para contrastar referencias o identidades.

En los casos en que lo permita la ley federal, puede compartirse esta información con varias oficinas dentro del DHHS, para detectar o verificar cualquier error en su derecho a recibir ayudas y puede utilizarse si se investiga o sospecha de abuso de las leyes o normativas del programa.

No damos el SSN ni cualquier otra información concerniente a los no solicitantes a la Oficina de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (BCIS), antes conocida como INS, ni a cualquier otra organización que no esté relacionada con los programas o servicios que ofrece el DHSS.

Medicaid de emergencia para no-ciudadanos

Se ofrece Medicaid de Emergencia a personas no ciudadanas, sin importar su estado inmigratorio, para cubrir ciertos servicios de emergencia, incluyendo dar a luz. **Para solicitar Medicaid de Emergencia no es necesario presentar el número del Seguro Social.**

Ciudadanía

Para cada miembro de su hogar por el que solicite ayuda, debe declarar si ese miembro es ciudadano o no. Los no-ciudadanos que solicitan ayuda, excepto en el caso de Medicaid de Emergencia, deben proporcionar documentación del BCIS con su estado inmigratorio. La documentación del BCIS se verificará.

Pagos médicos a terceros

Si solicita Asistencia Médica o Healthy Kids Gold, el hecho de recibir esta ayuda es una asignación al Departamento de sus derechos a cobrar todos los pagos médicos de terceros sin que nadie tenga que firmar ningún otro formulario. Todas las partes deben ser facturadas y todos los pagos resultantes deben ser aplicados al costo de la asistencia médica antes de que el Departamento pague. Además, si usted recibe una compensación o una indemnización de un tercero responsable, debe reembolsar el dinero que el Departamento haya pagado por la Asistencia Médica. RSA 167:14-a.

Beneficios recibidos erróneamente

Tendrá que devolver cualquier ayuda o servicio que haya recibido erróneamente, sin importar si fue nuestro error al procesar su caso, si usted cometió un error al proporcionarnos una información, o si omitió proporcionárnosla.

Manutención o atención médica infantil

Si solicita pagos en efectivo de TANF, el hecho de recibir esta ayuda es una asignación al DHHS de sus derechos económicos en la manutención de menores.

Sin firmar ningún otro formulario, usted da al DHHS el derecho a recaudar y quedarse con los pagos de manutención hechos a nombre de sus hijos, que son los que están recibiendo la ayuda. RSA 161-C:22

El DHHS recauda y se queda con el pago de la manutención para recuperar en parte lo que le ha pagado en efectivo a usted. Si los pagos de manutención son iguales o mayores a la cantidad que le damos, se cerrará su caso de ayuda en efectivo y le mandaremos los pagos de manutención directamente a usted.

El hecho de recibir Asistencia Médica para niños es una asignación de los derechos médicos de manutención de menores. Esto significa que usted debe cooperar con el Departamento para establecer y hacer cumplir la atención médica de sus hijos. Atención médica infantil generalmente se refiere al seguro médico que proporciona el padre ausente, pero también puede ser una cantidad de dólares que paga el otro padre para que usted pueda adquirir un seguro médico para sus hijos.

Si recibe dinero para adquirir un seguro, el estado se quedará con ese dinero mientras usted reciba Medicaid y se utilizará para reembolsar a los gobiernos estatal y federal. Si no se ha establecido la paternidad de cualquiera de sus hijos que esté recibiendo Medicaid, usted también debe cooperar con el Departamento para establecer la paternidad legalmente.

La asignación de los derechos de manutención es una obligación. Cuando se reúna con su Especialista en Servicios a la Familia, le explicará sus derechos y responsabilidades y las sanciones por incumplimiento sin tener una buena razón.

Fecha en que empieza a recibir beneficios de Medicaid

Generalmente empezará a recibir beneficios de Medicaid el día en que reúna todos los requisitos para el programa que solicitó, incluyendo el límite en los recursos.

SÓLO PARA EL USO DE LA AGENCIA

Este es su registro de solicitud, que llenará un empleado del Departamento de Salud y Servicios Sociales y se lo devolverá. La DFA ha recibido una solicitud completa para _____ de _____ el _____

Oficina del Distrito

Firma del empleado

Remitido para XFS Sí No
 Iniciales: _____

A. SOLICITANTE

Nombre: _____ Dirección postal: _____
 Dirección: _____ (si es diferente) _____
 Ciudad/Estado/ Código postal: _____ Idioma materno: _____
 Teléfono: _____
 ¿Alguien de su familia recibe Medicare Parte A o B? S N ¿Es usted una persona sin hogar? S N
 ¿Por qué solicita ayuda? _____
 Proveedor de la información: _____
 (si no es el solicitante) Nombre Dirección N° teléfono

**B. MIEMBROS DEL HOGAR. Por favor nombre a TODAS las personas que viven en su casa (inclúyase usted).
 No tiene que dar el Número del Seguro Social o la situación inmigratoria de cualquier persona que no solicite ayuda.**

Nombre:	¿Ciudadano o de US?	SSN:	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted	RID (Sólo para el uso de la agencia)
1.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			Yo	
2.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
3.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
4.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
5.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
6.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				

C. QUIERO SOLICITAR: (TIPO DE AYUDA QUE SOLICITA)

Cuidado en una asilo de ancianos o enfermos

LOS SIGUIENTES PROGRAMAS:

- Todos los programas Dinero en efectivo Asistencia médica
 Cupones de Alimentos Cuidado de niños Programas "Buy-In" de Medicare (QMB/SLMB)

D. INGRESOS BRUTOS (todos en el hogar)

Sus sueldos: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual
 Otros sueldos: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual
 Otros sueldos: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual
 ¿Alguien ha perdido recientemente su trabajo? Sí No
 Si es así, quién? _____ ¿Cuándo? ____ / ____ / ____
 SSA/SSDI: \$ _____ Ayuda de su cónyuge: \$ _____
 SSI: \$ _____ Desempleo: \$ _____
 VA: \$ _____ Manutención de menores: \$ _____
 Pensión: \$ _____ Otro: \$ _____

F. GASTOS DEL HOGAR

Alquiler (mensual): \$ _____
 Hipoteca (mensual): \$ _____
 Arriendo de terreno/cuota (mensual): \$ _____
 Impuestos (anual): \$ _____
 Inspección casa(anual): \$ _____
 Cuidado de dependientes: \$ _____
 Gastos médicos: \$ _____

¿Paga los siguientes servicios públicos aparte de su alquiler o hipoteca?

E. RECURSOS (todos en el hogar)

Cuenta corriente/ ahorros: \$ _____ Otra cuenta corriente/ahorros: \$ _____
 Acciones, bonos, CDs: \$ _____ Otras Acci/Bon/CD: \$ _____
 Su IRA: \$ _____ Otro IRA: \$ _____
 Otros recursos: \$ _____ Otros recursos: \$ _____
 Vehículo (año/modelo) _____ Vehículo (año/modelo) _____

Calefacción: Sí No
 Teléfono: Sí No
 Electricidad: Sí No
 Otro: Sí No

POR FAVOR, COMPLETE LA PARTE DE ATRÁS

SÓLO PARA EL USO DE LA AGENCIA:						
RFA:				Fecha recepción:		
Formularios entregados:	725	177	AW9	253	Formularios entregados:	
NHEP/FAP AP	ABIERTO	CERRADO	DENEGADO	FECHA:	HACER:	
NHEP/FAP MA	ABIERTO	CERRADO	DENEGADO	FECHA:	HACER:	
ADULTO AP	ABIERTO	CERRADO	DENEGADO	FECHA:	HACER:	
QMB/SLMB	ABIERTO	CERRADO	DENEGADO	FECHA:	HACER:	
CUPONES DE ALIMENTOS	ABIERTO	CERRADO	DENEGADO	FECHA:	HACER:	
HKG/HKS/MCPW	ABIERTO	CERRADO	DENEGADO	FECHA:	HACER:	
CUIDADO DE NIÑOS	ABIERTO	CERRADO	DENEGADO	FECHA:	HACER:	
Estado de la tarjeta EBT:	No aplica	Activa	Desactivada	Cancelada		

G. CUESTIONARIO PARA DETERMINAR SI CUMPLE CON LOS REQUISITOS

- ¿Es usted un trabajador agrícola migrante o temporero? Sí No
- ¿Usted u otro miembro de su hogar ha recibido Cupones de Alimentos este mes? Sí No
- ¿Está residiendo en un refugio para personas maltratadas? Sí No
- ¿Alguien de su hogar es ciego o está discapacitado? Sí No
- ¿Ha vendido o transferido propiedades en los últimos 5 años? Sí No
- ¿Alguien de su hogar recibe ayuda de otro estado? Sí No
Si es así, ¿qué estado? _____ ¿Qué clase de ayuda? _____
- ¿Alguien de su hogar está embarazada o ha dado a luz en los últimos 3 meses? Sí No
- ¿Tiene alguna factura médica de los últimos 3 meses que quisiera que le ayudaran a pagar? Sí No
- Si solicita dinero en efectivo para los hijos a su cargo, ¿el nombre del padre está en blanco o "no declarado" en la partida de nacimiento de cualquiera de sus hijos? Sí No
- Si solicita dinero en efectivo para su familia, ¿Cuántos padres ausentes hay? _____

H. La siguiente información se recopila para asegurar que se trata a todo el mundo con justicia. Sus respuestas son voluntarias. La información que proporcione no afectará a su derecho a recibir ayuda ni a la cantidad de ayuda.

- ¿Es usted hispano o latino? Sí No
- ¿Es usted: blanco? S N negro o afro americano S N asiático? S N
de Hawai u otras Islas del Pacífico? S N indio americano o nativo de Alaska? S N

I. FIRMAS

Certifico, bajo pena de perjurio, que he revisado esta información y es verdadera y completa que yo sepa, incluso la información respecto a la ciudadanía y la situación inmigratoria. Entiendo que puede que tenga pasar por una entrevista completa para determinar si cumpla con los requisitos.

Solicitante: _____
Firma Fecha

Otro: _____
Firma Fecha Relación con el solicitante

- Retiro mi solicitud de: Dinero Asistencia médica Cuidado de niños
 Cupones de Alimentos Programas "Buy-In" Medicare Asilo ancianos/enf.

Firma Fecha

Certifico que he dado al(los) individuo(s) antedicho(s) la oportunidad de revisar esta solicitud. También certifico que le(s) he dado una copia de esta forma, si la solicitó(aron).

Firma del Especialista en Servicios a la Familia Fecha

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

• **Noticia contra la discriminación**

El Estado de New Hampshire, Departamento de Salud y Servicios Humanos, no discrimina contra nadie por su raza, credo, color, sexo, edad, afiliación o tendencias políticas, religión, nacionalidad, o incapacidad. No habrá discriminación al aceptar o proporcionar servicios o empleos en cualquiera de los programas o las actividades del Departamento.

El Contralor es responsable de coordinar los esfuerzos de las oficinas del componente y de los oficiales encargados de enforzar los derechos civiles en la división, para cumplir las reglas federales y del estado contra la discriminación. Para más información, o para saber cómo presentar una queja de discriminación, escriba al Contralor del Departamento de Salud y Servicios Sociales de N.H. al 129 Pleasant St., State Office Park South, Concord, N.H. 03301-3857, o llame al (603) 271-6941 o 1-800-852-3345, ext. 6941; Para acceso TDD: Relay NH 1-800-735-2964.

- Usted o alguien que lo represente, puede solicitar una Audiencia Justa si no está satisfecho con alguna decisión relacionada con la elegibilidad, hecha por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted puede ser representado por un abogado en la Audiencia Justa. El Departamento no pagará el costo de estos servicios legales. Una Audiencia Justa puede ser solicitada verbalmente o por escrito, llamando a la Oficina de Distrito o al Departamento de Salud y Servicios Humanos, en 129 Pleasant St., State Office Park South, Concord, NH 03301-3857. Teléfono (603)271-4963; Acceso TDD: Relay NH NH 1-800-735-2964.
- La ley Federal limita el tiempo en que los adultos pueden recibir asistencia bajo el Título IV-A del Acta de Seguridad Social, tales como NHEP/FAP, a no más de 60 meses. Su trabajador(a) del departamento le explicará este límite de tiempo en los beneficios.
- Si está recibiendo dinero bajo el programa de OAA, ANB, o APTD, y un aumento del costo de vida del Seguro Social, o dicho aumento combinado con un aumento en otro ingreso, lo hace inelegible para la ayuda financiera, usted puede tener derecho todavía a la ayuda médica bajo el plan de la Enmienda Pickle.
 - ↓ Una vez que usted comience a recibir asistencia médica bajo la Enmienda Pickle, los futuros aumentos del costo de vida del Seguro Social no afectarán su elegibilidad. Sin embargo, otros cambios en sus circunstancias pueden hacerle inelegible para la asistencia médica.
 - ↓ Si usted es elegible para recibir pagos bajo alguno de los programas antedichos, pero elige no recibir un pago, no tendrá derecho a esta protección de su ayuda médica bajo la Enmienda Pickle.
- Puede que se le requiera completar periódicamente una forma especial para explicar cualquier cambio en sus circunstancias. Si usted no completa la forma en su totalidad y la entrega para la fecha indicada, se le pueden cerrar sus casos de NHEP/FAP y Cupones de Alimentos y/o le puede afectar su elegibilidad para asistencia médica.
- Debe notificar al Departamento de Salud y Servicios Sociales inmediatamente, pero no más tarde de 10 días si:
 - ↓ Se muda
 - ↓ Alguno de sus hijos deja la escuela.
 - ↓ Usted cambia de proveedor de cuidado de los niños.
 - ↓ Alguna persona que viva en su casa, se mude o llegue otra persona a vivir en su casa.
 - ↓ Hay algún cambio en las ganancias o recursos de su familia.
 - ↓ Cambian sus gastos de vivienda o utilidades.
- Su caso puede ser seleccionado para control de calidad u otra revisión gubernamental. Dicha revisión conlleva una investigación a fondo de la situación financiera o médica de su hogar, sus arreglos de vivienda y otras circunstancias apropiadas. Se buscará verificación de los bancos, empleadores, compañías, comerciantes y otros recursos apropiados acerca de su hogar y las declaraciones que dió en esta solicitud. Su falta de cooperación en esta revisión puede resultar en la pérdida de sus beneficios.

ADVERTENCIA

LA INFORMACIÓN QUE DÉ EN ÉSTA SOLICITUD ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN DE PARTE DE LOS OFICIALES LOCALES, ESTATALES, Y FEDERALES. DE HALLARSE ALGUNA INFORMACIÓN DISCREPANTE, SE LE PODRÍA NEGAR LA ASISTENCIA Y USTED PUEDE ESTAR SUJETO A PROCESAMIENTO CRIMINAL POR DAR INFORMACIÓN FALSA EXPRESAMENTE. CUALQUIER MIEMBRO DE SU HOGAR QUE VIOLE ALGUNA DE ESTAS REGLAS A PROPÓSITO, PUEDE SER EXCLUÍDO DEL NHEP/FAP Y EL PROGRAMA DE CUPONES DE ALIMENTO POR PERIODOS DE UN AÑO A PERMANENTEMENTE. ADEMÁS, EN EL PROGRAMA DE CUPONES DE ALIMENTO, SE LE PUEDE MULTAR HASTA \$150,000 , ENCARCELAR POR HASTA 20 AÑOS , Ó AMBOS, Y ESTAR SUJETO A PROCESAMIENTO BAJO LAS LEYES DEL ESTADO Y FEDERALES APROPIADAS.

- ↓ **NO** dé información falsa ó esconda información para obtener ó continuar obteniendo beneficios.
- ↓ **NO** cambie ó venda los cupones de alimento a ninguna persona que no esté autorizada para usarlos en su hogar.
- ↓ **NO** utilice los beneficios de los cupones de alimentos para comprar artículos no permitidos, como bebidas alcohólicas ó tabaco.
- ↓ **NO** utilice ningún beneficio que su hogar no tenga derecho a recibir.
- Cualquier persona convicta de hacer declaraciones ó representaciones fraudulentas respecto a su identidad ó residencia para recibir beneficios en dos lugares al mismo tiempo, no será elegible para cupones de alimento ni NHEP/FAP, por 10 años.
- La sección 1909 del Acta del Seguro Social estipula penas federales para actos fraudulentos y reportes falsos en conexión con su solicitud ó el recibo de beneficios de asistencia médica.
 - ↓ Una persona puede ser procesada en la Corte Federal por declaraciones deliberadas que se sabe que son falsas y que afecten la elegibilidad para cualquier beneficio ó pago del programa de asistencia médica.
 - ↓ Una persona puede también ser procesada por esconder ó no revelar cualquier evento que le afecte su derecho a algún beneficio ó pago, ó su conversión para el uso de otra persona. La ley también estipula penas por sobornos, pagos ilegales ó rebates en conexión con el suministro de asistencia médica.
 - ↓ El ser convicto de una ofensa puede resultar en la pérdida de los beneficios de asistencia médica por un período no mayor de 1 año. Las penas, son multas de hasta \$25,000 ó encarcelamiento por hasta 5 años, ó ambos.
- Cualquier persona encontrada culpable en una Corte de Ley de comprar y vender drogas ilegales ó algunas drogas con prescripción, a cambio de beneficios de los Cupones de Alimentos, vá a ser excluído del programa de Cupones de Alimentos por 24 meses por la primera ofensa, y permanentemente por la segunda. Cualquier persona encontrada culpable en una corte de ley de comprar ó vender municiones, armas de fuego, ó explosivos a cambio de beneficios de Cupones de Alimento, ó cualquier tráfico de beneficios de Cupones de Alimento por más de \$500, vá a ser permanentemente inelegible para los beneficios de Cupones de Alimento.
- Cualquier persona que intencionalmente dé declaraciones falsas , falsifique sus circunstancias ó no revele intencionalmente el recibo de propiedades, salarios, ingresos ó recursos, ó cualquier cambio en sus circunstancias que pueda afectar su elegibilidad inicial ó la continuación de la asistencia, puede ser encontrado culpable de violar una ley del estado. Las penas son: Un delito mayor clase A, donde el valor de la adjudicación monetaria, los bienes ó servicios excede \$1000; un delito mayor clase B, donde el valor excede \$100; y una infracción donde el valor no excede \$100. RSA 167:17-b,c.

Fecha: _____

Número del caso: _____

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO – POR FAVOR LEA ANTES DE FIRMARLA

INICIALES

Declaro que he recibido una copia de: " Sus Derechos y Responsabilidades ," y la entiendo. _____

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud, es verdadera y completa según mi conocimiento, y entiendo que posiblemente haya la necesidad de probar con documentos, lo escrito en la solicitud. También entiendo que si doy información falsa deliberadamente, o no doy toda la información con respecto a la asistencia que voy a recibir, ahora o en el futuro, perderé los beneficios y se me puede procesar por fraude. _____

Entiendo que si cualquier persona en mi hogar está huyendo para evitar ser procesado por un crimen, o si cualquiera viola las condiciones de libertad condicional o provisional, ésta persona será permanentemente inelegible para cualquier ayuda financiera NHEP/FAP o cupones de alimentos por parte del Departamento. Mi firma al pié de la página es mi declaración jurada, de que nadie en mi hogar en este momento está huyendo de proceso criminal o violando condiciones de libertad condicional o provisional. _____

Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos guardará cualquier información en esta solicitud confidencialmente, y será revisada solamente por las personas involucradas en la administración de los programas del Departamento o que tengan permiso de las regulaciones Federales o Leyes del Estado. _____

Entiendo que para obtener beneficios de cupones de alimentos, para recibir una deducción en los gastos por el cuidado de niños, pagos de alquiler o hipoteca, servicios públicos o gastos de refugio, manutención de menores pagado a un miembro que no está en el hogar, o gastos médicos (sólo para ancianos ó incapacitados), tengo que informar y proveer verificación a mi trabajador social. Dejar de informar o verificar cualquiera de los gastos enumerados arriba, o el recibo de la asistencia para la calefacción, puede significar que recibiré menos cupones de alimentos cada mes, y se verá en mi declaración que mi hogar no quiere recibir una deducción por los gastos no declarados o verificados. _____

Entiendo que el recibo de asistencia médica es una asignación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de mis derechos a todas terceras partes de pagos médicos, tal como se explica en la primera página de esta solicitud. _____

Entiendo que el recibo de asistencia médica significará que el Estado de New Hampshire podrá ser capaz de obtener informes médicos por parte de los doctores. Mi firma al pié de la página autoriza al médico de familia a proveer cualquier información al Estado de New Hampshire. _____

Entiendo que el recibo de asistencia financiera bajo el programa TANF es una asignación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de mis derechos de ayuda, tal como se explica en la primera página de esta solicitud. _____

Declaro que he recibido información escrita sobre el tratamiento de la suma total de ingresos si solicité asistencia financiera bajo el programa NHEP/FAP. _____

Entiendo que, si estoy en una casa de ancianos, el Departamento tiene que ser capaz de intercambiar información sobre elegibilidad con el asilo en orden a la mejor administración del programa. Mi firma al pié de la página autoriza éste intercambio y permanece en efecto hasta mi próxima re-determinación. _____

Entiendo que como parte de la administración de los programas del Departamento, Éste puede verificar la información que he facilitado en esta solicitud y cualquier otra información que podría afectar mi elegibilidad. Mi firma al pié de la página autoriza al Departamento a obtener verificación y autoriza la divulgación de tal información al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Mi autorización para la divulgación de información permanece en efecto hasta el momento de mi próxima re-determinación de elegibilidad. _____

Entiendo que el uso de mi tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) para asistencia financiera o cupones de alimentos es controlado por los 4 dígitos de mi Número de Identificación Personal (PIN), de que soy responsable de la seguridad de mi tarjeta EBT, y que los beneficios EBT no serán reemplazados si alguien usa mi tarjeta EBT una vez que yo la haya activado en la Oficina de Distrito. _____

Entiendo que si no uso mi tarjeta EBT por un periodo de 90 días, cualquier asistencia financiera o cupones de alimentos que todavía queden en mi cuenta EBT, serán removidos y no estarán a mi disposición para su uso. Si ésto ocurre, entiendo que puedo solicitar que mis beneficios de cupones de alimentos sean restituidos a mi cuenta EBT en cualquier momento durante los próximos 180 días, pero la asistencia financiera no me será restituida hasta pasados los primeros 90 días de no-uso. _____

Solicitante: _____
firma

fecha

Otro: _____
firma

relación al solicitante

fecha

A través de ésta declaro que he explicado completamente los derechos y responsabilidades, el derecho a apelar, y los derechos civiles de un solicitante/recipiente al solicitante/recipiente nombrado arriba.

Empleado: _____
firma

título

fecha