

<b>*Para uso oficial exclusivamente*</b>	County: _____
Date Filed: _____	Case Number: _____
Assigned Worker: _____	



¿Necesita un intérprete? ( ) Sí ( ) No  
 Para qué idioma: \_\_\_\_\_

**Bienvenido a la Solicitud de Programas y Beneficios de Asistencia Familiar del Departamento de Servicios Humanos de Tennessee**

Escriba el nombre de la persona que solicita beneficios para sí misma y/o para otros en la unidad familiar.

Nombre (Primero, inicial del segundo, apellido)	Dirección de la unidad familiar	Ciudad	Estado	Código postal

Correo electrónico:	Mejor horario para contactarme:		Dirección postal (si es diferente)		
Teléfono en casa: ( )	( ) temprano por la mañana	( ) mediodía ( ) ya tarde			
Teléfono en el trabajo: ( )	( ) temprano por la mañana	( ) mediodía ( ) ya tarde	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono celular u otros: ( )	( ) temprano por la mañana	( ) mediodía ( ) ya tarde			

Anote todos los miembros de la unidad familiar, y marque (✓) el programa que están solicitando.	Families First	Food Stamps	TennCare /Medicaid	Hogar de ancianos o enfermos Medicaid / HCBS	No solicita beneficios

Si solicita Food Stamps únicamente, aceptaremos su solicitud sólo con nombre, domicilio y firma. Cuanta más información nos proporcione en este formulario, más rápido podremos decidir si puede recibir beneficios. Si se le aprueba, sus beneficios comenzarán en la fecha en que presentó la solicitud. En la mayoría de los casos, tendrá que hablar con un empleado del DHS para completar su solicitud.

Para añadir más información, adjunte otra hoja.

Es posible que le llamemos al número de su casa o a su celular para recordarle una cita. Si no responde, le dejaremos un mensaje.

- Tal vez pueda recibir Food Stamps en 7 días si:
1. El ingreso mensual de su unidad familiar es menor que \$150, y ahora tiene recursos de \$100 o menos.
  2. El costo de su alojamiento (más servicios públicos) es mayor que su ingreso mensual más ahorros.
  3. Usted realiza trabajo agrícola de temporada o migratorio.

Certifico, so pena de perjurio y todas las demás sanciones aplicables, que las declaraciones hechas en esta solicitud, en todos los anexos y a las personas que me entrevistaron, son verdaderas y precisas. Todas las personas que solicitan o reciben ayuda son ciudadanos de los EE.UU., extranjeros legales o inmigrantes que reúnen los requisitos. Entiendo y estoy de acuerdo con las normas y la información que recibí. Si se solicita, proporcionaré información que compruebe mis declaraciones, u otorgaré al DHS permiso para obtener comprobación. Entiendo que debo informar de todo cambio en nuestra situación de vida en un plazo de 10 días.

Firma del solicitante: _____	Fecha: _____
Testigo (si el solicitante firma con una X): _____	Fecha: _____
Tutor o representante autorizado: _____	Fecha: _____

Si usted está ayudando a otra persona con la solicitud, ¿cuál es el nombre de usted?

¿Cuál es su relación con el jefe de esa unidad familiar?

¿Todas las personas de la familia compran y preparan juntas los alimentos? ( ) Sí ( ) No

¿Alguna persona de la unidad familiar recibe pagos de alojamiento y comida? ( ) Sí ( ) No

¿Necesita ayuda especial para solicitar beneficios? ( ) Sí ( ) No

¿Usted o alguien para quien presenta la solicitud son personas sin hogar? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿qué ayuda necesita?

¿Alguna persona de la unidad familiar está en huelga en su trabajo? ( ) Sí ( ) No

¿Alguna persona de la unidad familiar es un trabajador migratorio? ( ) Sí ( ) No

**En la siguiente tabla, anote a todos los miembros de la unidad familiar que viven en ese domicilio.**

**Raza: si decide mencionar la raza de los miembros de su unidad familiar, use estos códigos.** Esta información es voluntaria y se usa para confirmar que todos reciban un trato equitativo.

**W=Blanco o caucásico, B=Negro o afroamericano, A=Asiático, H=Originario de Hawaii o las islas del Pacífico, I=Indígena estadounidense o de Alaska**

**Estado civil: use uno de los siguientes para cada miembro adulto de la unidad familiar - casado, soltero, divorciado, viudo, separado legalmente.**

Miembros de la unidad familiar (No es necesario proporcionar el número de Seguro Social o el estado de ciudadanía de las personas que no solicitan beneficios.) (Primero, inicial del segundo, apellido)	Número de Seguro Social	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento	Marque el cuadro si es ciudadano de los EE.UU.	Raza (Anote todas las que correspondan: ver arriba)	(Opcional) Marque el cuadro si es hispano o latino	Estado civil (ver arriba)	Marque el cuadro si la persona está embarazada	Marque el cuadro si la persona está discapacitada
			/ /						
			/ /						
			/ /						
			/ /						
			/ /						
			/ /						

¿Alguna persona de la unidad familiar solicitó o recibió beneficios en otro estado en los últimos 60 días? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?

¿En cuál estado?

¿Usted o alguna persona para quien presenta la solicitud están ya recibiendo beneficios en otro caso o condado? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?

¿En cuál caso?

**En 1998, ¿recibió un pago total de \$100,000 del Settlement Law Group? ( ) Sí ( ) No**

**Si actualmente recibe un cheque del Seguro Social, ¿recibía también un cheque del Seguro Social en 1972? ( ) Sí ( ) No**

**¿Perdió beneficios de Medicare porque volvió a trabajar y sus ingresos excedían el límite de ingresos del Seguro Social? ( ) Sí ( ) No**

**¿Se le diagnosticó cáncer de seno o de cuello de útero? ( ) Sí ( ) No**

**Entiendo que puedo tener uno o dos representantes autorizados:**

\_\_\_\_\_ puede solicitar beneficios en mi nombre ( ); puede usar mis beneficios de Food Stamps o de Families First ( ).

\_\_\_\_\_ puede solicitar beneficios en mi nombre ( ); puede usar mis beneficios de Food Stamps o de Families First ( ).

**Información sobre recursos:**

(dinero en efectivo, cuentas de banco, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos mutuos, cuentas de jubilación, planes funerarios prepagados, fondos fiduciarios, rentas vitalicias u otros bienes disponibles no mencionados)

Tipo:  Anote el valor del recurso menos todo importe que adeude: \$   
 Tipo:  Anote el valor del recurso menos todo importe que adeude: \$

¿Alguna de las personas para quienes está presentando solicitud es propietaria total o parcial de algún recurso? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?

¿Cuánto? \$  Tipo de recurso:  ¿Tiene el recurso varios propietarios? ( ) Sí ( ) No  
 Si la respuesta es Sí, ¿quién?

¿Usted o alguna de las personas para quienes está presentando solicitud tiene propiedades? ( ) Sí ( ) No

¿Usted o alguna de las personas para quienes está presentando solicitud vendió, cambió, transfirió o regaló algún recurso en los últimos 60 meses? ( ) Sí ( ) No

¿Usted o alguna de las personas para quienes está presentando solicitud cerró una cuenta o añadió a otra persona a un título en los últimos 60 meses? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?  ¿Qué tipo de cambio?   
 ¿Cuándo? (fecha)  ¿Cuánto vale? \$  ¿Dispone usted todavía de él? ( ) Sí ( ) No

¿Usted o alguna de las personas para quienes está presentando solicitud recibió alguna liquidación en efectivo en los últimos tres meses? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?  ¿De qué valor? \$

¿Tienen usted o su cónyuge una pensión vitalicia comprada el 8 de febrero de 2006 o en fecha posterior? ( ) Sí ( ) No DEBE marcar sí o no.

(Las pensiones vitalicias son pagos periódicos provenientes de fondos depositados por una persona a fin de establecer una fuente de ingresos para uso futuro.)

¿Alguna de las personas para quienes está presentando solicitud es propietaria o copropietaria de un vehículo? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?   
 Marca del vehículo:  Año del vehículo:  ¿Cuánto vale el vehículo? \$   
 Modelo del vehículo:  Importe adeudado: \$

¿Es usted copropietario de este vehículo con alguien más?

Si la respuesta es Sí, ¿quién?

¿Hay otros vehículos en la unidad familiar? ( ) Sí ( ) No

¿Para qué se usa este vehículo (trabajo, escuela, transporte médico, etc.)?

Los siguientes miembros de mi unidad familiar han sido declarados culpables de poseer, consumir o vender drogas ilícitas:

**Detalles de ingresos:**

¿Quién trabaja?	¿Cuántas horas trabaja a la semana?	Ingreso mensual antes de cualquier deducción	¿Con qué frecuencia se paga al miembro?	Fecha de inicio del trabajo	Nombre y domicilio del empleador	Número de teléfono	¿Podemos comunicarnos con el empleador para comprobar? (S/N)
		\$		/ /		( ) - -	
		\$		/ /		( ) - -	
		\$		/ /		( ) - -	

En los últimos 60 días, ¿terminó el empleo de alguien? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?

¿Por qué terminó el empleo?

¿Cuándo terminó el empleo?

Nombre del empleador:

Domicilio del empleador:

¿Prefiere presentar usted un comprobante de la razón de terminación del empleo en vez de que el DHS lo pida a su empleador? ( ) Sí ( ) No

**¿Alguna persona en la unidad familiar solicitó o está recibiendo cualquiera de los siguientes?**

- Pensión alimenticia
- Asistencia de otro estado
- Beneficios por neumoconiosis
- Manutención infantil
- Pensión vitalicia de servicio civil
- Beneficios por enfermedad/discapacidad (no SSA ni SSI)
- Dividendos
- Subsidios educativos
- Fondo patrimonial o fiduciario
- Ingreso de otro organismo
- Ingreso por intereses
- Asignación militar
- Dinero de otra persona (no manutención infantil)
- Jubilación pública
- Fideicomiso calificado
- Jubilación de ferrocarrileros
- Pago de repatriación
- Ingreso de Seguro Social (SSA)
- Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI)
- Asignación para capacitación
- Compensación por desempleo
- Fondos o pensiones sindicales
- Beneficios para ex combatientes
- Compensación al trabajador (*Workers Compensation*)
- Otras fuentes
- Ninguno de los anteriores

¿Alguien trabaja por cuenta propia? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?

¿Qué clase de trabajo es éste?

Importe que gana al mes antes de gastos: \$

¿Genera gastos este trabajo? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿cuánto? \$

¿Terminó este trabajo por cuenta propia? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo terminó?

¿Quién recibe este ingreso?

¿De qué tipo?

Fecha de solicitud o inicio:

O importe: \$

¿Con qué frecuencia?

¿Quién recibe este ingreso?

¿De qué tipo?

Fecha de solicitud o inicio:

O importe: \$

¿Con qué frecuencia?

**Detalles de gastos:**

**Mencione todo gasto de cuidados infantiles:**

Persona u organismo que proporciona los cuidados:

¿Quién lo paga?

Domicilio del proveedor de cuidados:

Nombre del menor:

Importe: \$

¿Con qué frecuencia?

Teléfono: ( ) - -

**Mencione todo gasto médico:**

¿Alguna persona de la unidad familiar tiene gastos médicos anteriores, sin pagar o continuos? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?

¿A quién se le adeudan?

¿Cuánto? \$

¿Con qué frecuencia?

¿Alguna persona paga facturas médicas de un ex miembro de la familia? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?

¿A quién se destina el pago?

¿Cuánto? \$

¿A quién se le adeudan?

¿Con qué frecuencia?

Si está solicitando Medicaid, ¿alguna de las personas para quienes está presentando solicitud tiene seguro de vida? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?

**Mencione todo gasto de albergue:**

	¿Quién lo paga?	Total	¿Con qué frecuencia?	¿Ya terminó?
Alquiler	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hipoteca	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Impuesto predial	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Seguro del propietario de vivienda	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Si paga alquiler o vive en la casa de otra persona, ¿cuál es el nombre y número de teléfono de dicha persona?**

**Mencione todo gasto de servicios públicos:**

	¿Quién lo paga?	Importe mensual
Gas ( ) Sí ( ) No	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Electricidad ( ) Sí ( ) No	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Combustible o queroseno ( ) Sí ( ) No	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Carbón o leña ( ) Sí ( ) No	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Teléfono ( ) Sí ( ) No	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

	¿Quién lo paga?	Importe mensual
Alcantarillado ( ) Sí ( ) No	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Agua ( ) Sí ( ) No	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Basura ( ) Sí ( ) No	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Otros ( ) Sí ( ) No	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

**Mencione toda manutención infantil por orden del tribunal que se pague para un menor fuera de casa:**

¿Quién lo paga?	<input type="text"/>	¿Cuánto?	\$ <input type="text"/>	¿Es un pago ordenado por el tribunal? ( ) Sí ( ) No
Nombre del menor:	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	
Domicilio del menor:	<input type="text"/>		Fecha de nacimiento:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Número de teléfono:	( <input type="text"/> ) - <input type="text"/> - <input type="text"/>

**Mencione todo gasto de seguro médico que usted o alguna persona para quien esté presentando solicitud pueda tener (aparte de TennCare Standard).**

Algunos ejemplos son: accidentes, servicios básicos de hospital, servicios básicos médicos, quirúrgicos o de hospital.

¿Quién es el titular de la póliza?	<input type="text"/>	¿Otro titular de la póliza?	<input type="text"/>
¿Quién está cubierto?	<input type="text"/>	¿Quién está cubierto?	<input type="text"/>
¿Qué tipo de cobertura es?	<input type="text"/>	¿Qué tipo de cobertura es?	<input type="text"/>
¿Importe de la prima? \$	<input type="text"/>	¿Importe de la prima? \$	<input type="text"/>
¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>

Información sobre la compañía de seguros:

Información sobre otra compañía de seguros:

Nombre:

Domicilio:

Teléfono: (  ) -  -

Número de póliza:

Fecha de inicio:

Nombre:

Domicilio:

Teléfono: (  ) -  -

Número de póliza:

Fecha de inicio:

¿Alguien tiene acceso a seguro médico pero no lo ha solicitado aún? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?

**\*\*\*Dé vuelta a la página para firmar.\*\*\* Su solicitud debe estar firmada al reverso.**

## Registro de electores

- ¿Está usted registrado para votar en donde vive actualmente? ( ) Sí ( ) No
- ¿Desea registrarse para votar? ( ) Sí ( ) No
- ¿Desea que el DHS le envíe por correo un formulario para registro de elector? ( ) Sí ( ) No

Los beneficios que usted reciba del DHS no se verán afectados por su decisión de registrarse o no registrarse para votar.

## Información importante

Nosotros usamos los números de Seguro Social para verificar la identidad, verificar que usted reciba el importe correcto de ayuda, cambiar el importe de ayuda que recibe, revisar otros registros de computadora y del gobierno y asegurarnos de que reúne los requisitos. Comprobamos los registros de Seguro Social, IRS y empleo. Podemos revisar registros de inmigración y naturalización. Si estos registros no coinciden con lo que usted menciona, esto puede afectar su elegibilidad y la cantidad de dinero en efectivo y Food Stamps que reciba. Si proporciona información incorrecta a sabiendas, usted puede quedar sujeto a acción penal.

De conformidad con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (*USDA, U.S. Department of Agriculture*) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*HHS, Health and Human Services*) de los EE.UU., esta institución no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad. Según la Ley de Food Stamp y las políticas del USDA, también se prohíbe la discriminación por motivos de creencias religiosas o políticas. Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el USDA o con HHS. Escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (línea de voz y TDD). Escriba a: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C., 20201 o llame al (202) 619-3257 (TDD). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

También puede presentar una queja a: Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, o llamar al 615-313-4700.

**Autorización:** Con mi firma a continuación, autorizo al Estado de Tennessee, sus representantes o cesionarios para que verifiquen los datos incluidos en esta solicitud y en los anexos, y todas las declaraciones hechas al entrevistador.

Las páginas siguientes, llamadas la Declaración de entendimiento, contienen información importante. Léalas detenidamente. El empleado las desprenderá y se las entregará a usted. Recuerde llevarlas con usted. Después de leerlas, firme abajo. Su firma a continuación confirma que leyó y entendió esta información, y que está de acuerdo con que obtengamos los registros o comprobantes necesarios para determinar si puede recibir beneficios de Food Stamps, Families First o TennCare/Medicaid.

**Afirmo y confirmo que tengo autorización para hacer las declaraciones de esta solicitud. Entiendo y estoy de acuerdo con las normas y la información de los programas que solicité. Cerifico que todas las personas que solicitan o reciben ayuda son ciudadanos de los EE.UU., extranjeros legales o inmigrantes que reúnen los requisitos. Entiendo que si se me solicita, proporcionaré información para comprobar mi identidad. Otorgo permiso al DHS para obtener comprobación, incluidos los registros escolares. Entiendo que debo informar al DHS de todo cambio en nuestra situación de vida en un plazo de 10 días. Certifico so pena de perjurio y todas las demás sanciones aplicables, que las declaraciones hechas en esta solicitud, en todos los anexos, en todo documento que pueda proporcionar y a las personas que me entrevistaron son verdaderas y precisas.**

Firma:

Fecha:





**¿Habla español? Llame al 1-866-311-4287.**  
¿Necesita informar de un cambio? ¿Tiene alguna pregunta?  
¿Necesita ayuda? Llámenos. La llamada es gratuita.  
**Centro de Servicios de Asistencia Familiar**  
**1-866-311-4287**  
Nuestro horario de atención es de lunes a viernes,  
de 7 a.m. a 5:30 p.m.

## **Declaración de entendimiento: normas del programa**

### **Información importante: conserve este documento**

Si usted tiene una discapacidad y necesita asistencia especial, infórmenos de ello. Si necesita ayuda para entender el inglés, obtendremos los servicios de un intérprete que le ayudará a hablar con nosotros. Este servicio es gratuito. Todavía podemos recibir hoy su solicitud.

**SERVICIOS GRATUITOS DE INTERPRETACIÓN:** Si no entiende bien el inglés y necesita ayuda, avísenos. Obtendremos los servicios de un intérprete que le ayudará a hablar con nosotros. Este servicio es gratuito. Conseguir un intérprete no retrasará el procesamiento de su caso.

**Usted puede solicitar beneficios de Families First, Food Stamps o Medicaid/TennCare Standard** por Internet o en una oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS, *Department of Human Services*). Para ello, debe llenar una solicitud. Además, debe presentar comprobantes de su identidad y sus ingresos, y otros datos necesarios para aprobar su solicitud. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes, hable con su asistente social del DHS.

**Los miembros de la unidad familiar que soliciten beneficios de Families First, Food Stamps o Medicaid/TennCare Standard** deben proporcionar su número de Seguro Social y comprobante de su situación de ciudadanía o de inmigración.

- Si usted no tiene un número de Seguro Social, nosotros le podemos ayudar a solicitarlo.
- Si usted tiene un número de Seguro Social, y es ciudadano estadounidense, extranjero legal o inmigrante que reúne los requisitos, debe solicitar beneficios si es un miembro obligatorio de la familia.
- El DHS **no necesita** los números de Seguro Social ni comprobante de la situación de ciudadanía o inmigración de los miembros de la unidad familiar que no soliciten beneficios.

**Si usted solicita asistencia al DHS, es probable que proporcionemos su número de Seguro Social a:**

- La policía en busca de infractores de la ley, cuando la ley nos permite o exige que lo hagamos, o emite una orden del tribunal para ello.
- Otros organismos federales o estatales, si la ley nos permite o exige que lo hagamos.

**¿Cuánto tiempo tardamos en tomar una decisión sobre su solicitud?**

- Medicaid: tardamos de 45 a 90 días para decidir si usted puede recibir beneficios. Su asistente social le informará cuál es el plazo para su caso específico. TennCare Standard puede tardar más tiempo.
- Pagos de dinero en efectivo de Families First: tenemos 45 días para decidir si usted puede recibirlos.
- Food Stamps: por lo general, tenemos 30 días para decidir y otorgarle los beneficios de Food Stamps, si usted reúne los requisitos.
- Para tomar una decisión oportuna, el DHS debe contar con su ayuda para obtener todos los comprobantes que necesitamos.

### **Información sobre Food Stamps:**

**Los beneficios de Food Stamps no afectan sus beneficios de Families First.** Si usted deja de recibir pagos de dinero en efectivo de Families First, puede aun así recibir Food Stamps. Pero si empieza a recibir Families First, es posible que disminuyan sus Food Stamps. **Se le avisará a usted de este cambio; sin embargo, puede ser que reciba este aviso menos de diez días antes de que disminuyan sus Food Stamps.**

**Puede dejar de recibir Food Stamps si:**

- miente u oculta datos para obtenerlos;
- usa la tarjeta de seguridad de beneficios de otra persona sin su permiso;
- usa los Food Stamps para comprar productos como cerveza, cigarrillos o jabón.

**Si infringe estas normas, no recibirá beneficios de Food Stamps:**

- por 1 año la primera vez;
- por 2 años la segunda vez;
- permanentemente la tercera vez.

**Si canjea Food Stamps por drogas, se suspenderán sus beneficios de Food Stamps:**

- por 2 años la primera vez;
- permanentemente la segunda vez.

**Será suspendido permanentemente del programa de Food Stamps si un tribunal le declara culpable de:**

- canjear Food Stamps por armas de fuego, municiones o explosivos.
- vender Food Stamps por valor de \$500 o más.

**Dejará de recibir beneficios de Food Stamps por diez (10) años si, para obtenerlos, miente acerca de su identidad o su lugar de residencia.**

**Si no cumple con su plan de Families First, podemos suspender sus pagos de dinero en efectivo de Families First o reducir sus beneficios de Food Stamp.**

**Si usted no informa cuáles son sus ingresos por trabajo o si es declarado culpable de haber infringido deliberadamente las normas del programa de Food Stamps, es probable que tenga que devolver dinero si recibe beneficios excesivos de Food Stamps.**

**Las personas que infrinjan estas normas pueden ir a prisión, ser acusadas según las leyes federales o recibir multas de hasta \$10,000.**

**Algunos miembros de la unidad familiar deben registrarse para trabajar si desean recibir Food Stamps.** Su asistente social le informará quién de su unidad familiar debe registrarse para reunir los requisitos. Si esto sucede, usted tendrá que presentarse para una entrevista en el Departamento de Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral (DOLWD, *Department of Labor and Workforce Development*). Durante la entrevista, le preguntarán sobre sus trabajos anteriores y le ayudarán a prepararse para obtener empleo.

**Usted puede obtener más beneficios de Food Stamp si comprueba los siguientes gastos:**

- Médicos
- Cuidado infantil o de dependientes
- Manutención infantil
- Vivienda o servicios públicos

**Su asistente social del DHS puede ayudarle a obtener los comprobantes necesarios.** No obstante, usted debe informar del gasto y proporcionarnos un comprobante de este. Si no lo hace, supondremos que usted no desea la deducción y ya no recibirá más beneficios de Food Stamp.

**Información sobre Families First:**

Si usted recibe pagos de dinero en efectivo de Families First para los que no reúne los requisitos, debe devolver el dinero al Estado. Usted puede:

- Pagar de los pagos en efectivo que recibe de Families First.
- Pagar en efectivo, si no recibe beneficios de Families First.

Si miente u oculta datos para obtener pagos de dinero en efectivo de Families First, puede ser acusado de perjurio (mentir bajo juramento), robo u otro delito, y sentenciado a un período de cárcel. Una infracción deliberada de las normas de Families First se llama infracción intencional al programa (*Intentional Program Violation*). Si usted es declarado culpable de esa infracción, sus beneficios de Families First pueden suspenderse:

- por 6 meses la primera vez;
- por 1 año la segunda vez;
- permanentemente la tercera vez.

Es ilegal obtener pagos de dinero en efectivo en dos estados al mismo tiempo. La persona que lo haga puede dejar de recibir pagos en efectivo por 10 años.

**Sus hijos pueden recibir beneficios de Families First O de Food Stamp, pero usted no si:**

- es un delincuente fugitivo;
- infringió su régimen de libertad condicional o vigilada;
- fue declarado culpable después del 22 de agosto de 1996 de un delito grave relacionado con drogas, **a menos que** su caso incluya una excepción específica.  
Su asistente social le dará más información sobre la excepción.

**Para obtener pagos de dinero en efectivo de Families First, usted debe firmar y cumplir un Plan de responsabilidad personal.** Este plan puede exigirle que realice una actividad laboral.

### **Información importante sobre Families First y manutención infantil:**

**Usted puede recibir pagos de dinero en efectivo de Families First y de manutención infantil al mismo tiempo.** Si recibe Families First, debe ayudarnos a comprobar la paternidad del menor. También debe ayudarnos a cobrar la manutención infantil de los menores que reciben Families First. No intentaremos cobrar la manutención si usted puede comprobar que existe una buena razón para no hacerlo. Todo pago de manutención infantil debe ir primero al DHS. Si el padre o la madre le entregan el dinero a usted directamente, usted debe enviarlo al DHS. **Tal vez pueda devolverse a usted todo o parte del pago de la manutención infantil.** Estos pagos se denominan pagos transferidos (*pass-through payments*) de manutención infantil.

El importe de este pago transferido de manutención infantil depende tanto de su “necesidad no cubierta” como del importe pagado de manutención infantil. Nosotros calculamos su necesidad no cubierta basándonos en:

- el número de personas cubiertas por el pago de dinero en efectivo de Families First;
- la cantidad de dinero que usted recibe de otros ingresos.

Pregunte a su asistente social del DHS cuál es el importe de su necesidad no cubierta.

### **Información sobre Medicaid/TennCare Standard:**

- Usted es responsable de informar a Medicaid/TennCare Standard de sus cambios de domicilio o ingresos.
- No permita que otra persona use su tarjeta de Medicaid/TennCare Standard porque, si lo hace, es probable que usted deba pagar al Estado las facturas médicas de esa persona.
- Tal vez usted tenga que cooperar con nosotros para lograr que el padre o la madre ausente, o ambos, paguen las facturas médicas o el seguro de sus hijos.

- Usted debe cederle al Estado todos los reembolsos que reciba por tratamientos médicos que pague Medicaid/TennCare Standard. Por ley, ese dinero pertenece al Estado. Si usted no se lo devuelve, puede perder el beneficio de TennCare, ser acusado de un delito y enfrentar una demanda ante un tribunal por el dinero.
- Usted debe cooperar con los organismos que se comuniquen con usted debido a investigaciones de fraude o abuso; entre ellos, la Oficina de Investigación de Tennessee (*Tennessee Bureau of Investigation*) o la Oficina del Inspector General (*Office of Inspector General*).
- Para cumplir con el programa, Medicaid/TennCare Standard debe divulgar información financiera y personal sobre usted. La información se da a conocer sólo según la ley lo permita o exija. Las personas que tengan acceso a la información sobre usted deben cumplir con todas las leyes estatales y federales acerca de la confidencialidad de la información.
- Si necesitamos obtener información médica para decidir si usted puede recibir o conservar beneficios de Medicaid/TennCare Standard, le proporcionaremos un formulario especial (un comunicado de HIPAA) para pedirle su información médica.
- Si posee o alquila una vivienda fuera del estado de Tennessee, es probable que no tenga derecho a recibir beneficios.
- Si recibe asistencia pública fuera del estado de Tennessee que no sean beneficios por desempleo, no tiene derecho a recibir Medicaid/TennCare Standard.
- **Si hay cambios en la información que usted proporcionó al DHS, debe informar de ellos en los diez (10) días posteriores al cambio.** Esto incluye cambios de domicilio, tamaño de la familia, bienes, empleo, ingresos, estado civil, elegibilidad para participar en Medicare o disponibilidad de seguro médico de grupo.

**Informe de inmediato a su asistente social sobre los cambios. Luego, en un plazo de treinta (30) días a partir del cambio, envíe por correo una carta de aviso del cambio a la oficina local del DHS.** En la carta, incluya copias de toda la documentación comprobatoria. Si no informa oportunamente de los cambios, tendrá que pagar a TennCare todos los beneficios que haya pagado indebidamente en nombre suyo y/o los faltantes de pago de primas.

- Si tiene cobertura de TennCare Medicaid, debe informar al DHS cuando venda o ceda bienes. También debe informar al DHS cuando obtenga una hipoteca (*mortgage*) o un préstamo sobre el valor neto (*home equity loan*) de su vivienda.
- **Es ilegal mentir u ocultar datos en esta solicitud o durante la entrevista.** Mentir u ocultar datos sobre ingresos, lugar de residencia u otros tipos de seguro que usted tenga puede dar lugar a que la Oficina del Inspector General inicie una investigación.
- Si el Estado paga por usted las facturas médicas o de atención en una residencia de cuidados médicos, de enfermería o para personas ancianas, **el Estado puede recuperar el dinero que usted adeude. En caso de que usted fallezca, el Estado puede cobrar de su herencia el dinero que usted adeude.**

**Si usted compró una pensión vitalicia el 8 de febrero de 2006 o en fecha posterior,** la Ley de Reducción del Déficit (DRA, *Deficit Reduction Act*) exige que el estado de Tennessee debe ser nombrado:

- el beneficiario residual en primer lugar para al menos el importe total de la asistencia médica pagada; **o bien,**
- el beneficiario residual en segundo lugar si existe un cónyuge no afiliado o un menor de edad discapacitado.

En ciertos casos, es posible que la compra de una pensión vitalicia sea tratada como una enajenación de bienes por un valor menor que el valor equitativo de mercado, y esto puede afectar que usted reciba de TennCare o Medicaid. Su asistente social le informará los detalles acerca de la enajenación de bienes por un valor menor que el valor equitativo de mercado.

### **¿Desea presentar la solicitud para votar en las próximas elecciones?**

Las leyes estatales y federales nos exigen preguntarle a usted si desea registrarse para votar. Debemos hacerle esta pregunta cada vez que usted solicite beneficios o vuelva a solicitarlos, cuando sea recertificado, o cuando nos llame para informarnos de su cambio de domicilio. Le ayudaremos a llenar todos los formularios.

### **Información sobre el registro de electores:**

- Los beneficios que usted reciba del DHS no se verán afectados por su decisión de registrarse o no registrarse para votar.
- Nosotros podemos ayudarle a presentar la solicitud. Usted decide si desea recibir ayuda o no. Puede llenar el formulario en privado.
- Puede presentar una queja ante el Coordinador de Elecciones, a la siguiente dirección: Coordinator of Elections, Secretary of State's Office, 900 William R. Snodgrass Tennessee Tower, Nashville, TN 37243, 1-615-741-7956, Tennessee Relay Center; o llamar al 1-800-848-0299, si usted cree que:
  - alguien ha interferido en el ejercicio de su derecho de registrarse o rehusarse a registrarse para votar;
  - alguien ha interferido en el ejercicio de su derecho a la privacidad al decidir si se registrará o al presentar la solicitud de registro para votar.
- Si usted decide registrarse o se rehúsa a ello, nosotros no daremos a conocer su decisión ni el lugar en donde presentó la solicitud a nadie que no pertenezca a la Comisión Electoral (*Election Commission*). Usaremos la información sólo para fines de registro.
- Usted no puede votar hasta que reciba su tarjeta de registro de elector. Si no recibe la tarjeta en tres semanas, comuníquese con la Comisión Electoral.
- La Comisión Electoral del condado investigará si usted puede registrarse para votar. Esto **no** lo decide el DHS ni la Oficina de TennCare.
- Si usted envía por correo su solicitud a la Comisión Electoral de su condado, debe presentarse en persona a votar la primera vez que lo haga.
- Nosotros le enviaremos por correo el formulario titulado *Mail-In Application for Voter Registration* (Solicitud por correo de registro de elector), en un plazo de 30 días, si usted nos informa por teléfono o Internet acerca de:
  - un cambio de domicilio;
  - una solicitud;
  - una nueva solicitud;
  - una recertificación;
  - una revisión.

Si quedan menos de 30 días para la fecha límite de registro, nosotros le enviaremos por correo el formulario en 5 días o el siguiente día laboral, si podemos.

### **HIPAA:**

La ley federal **HIPAA** dispone que debemos mantener la confidencialidad de su información médica. También indica que es necesario darle a usted este aviso. Estas son las normas que debemos seguir para mantener la confidencialidad de la información sobre su salud. Las normas pueden cambiar y, si hay algún cambio importante, le avisaremos.

### **Con el fin de determinar su elegibilidad para recibir TennCare, el DHS puede divulgar información confidencial sobre la salud de usted a:**

- Algunos empleados del Departamento que necesiten decidir si usted puede recibir beneficios de TennCare; y
- TennCare.
- El DHS también puede divulgar información confidencial sobre su salud al Departamento de Salud y Servicios Humanos federal, ya que ellos supervisan el programa TennCare.

### **Con el consentimiento previo y por escrito de usted, el DHS puede divulgar información confidencial sobre su salud a otras personas o entidades, como:**

- los proveedores de atención médica que le brindan servicios a usted;
- un abogado;

- miembros de su familia.

**Si usted no proporciona un consentimiento previo y por escrito, el DHS puede divulgar información confidencial sobre su salud a:**

- Un representante autorizado, quien tendrá también el derecho de dar un consentimiento por escrito para divulgar información confidencial sobre la salud de usted a otras personas o entidades.
- Un miembro de su familia u otras personas que participan en su atención médica. Usted puede pedirnos que no les proporcionemos información. Si podemos, haremos lo que nos solicite. Si usted es menor de edad, o se encuentra en una situación de emergencia, tal vez no podamos hacer lo que nos pide.

**Sin ningún consentimiento previo, el DHS puede también divulgar información confidencial sobre su salud a:**

- Un organismo supervisor de la salud o del orden, según lo exija la ley a fin de investigar denuncias de robos o fraudes relacionados con beneficios recibidos del programa.
- Otras personas o entidades, incluidos organismos del orden o de gobierno, cuando así lo permita la ley o lo exija una orden del tribunal.
- Otra persona o entidad para fines de investigación, según lo permita la ley.

## **DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

**Usted tiene el derecho de:**

- Ver sus expedientes médicos, excepto en los casos no permitidos por la ley.
- Obtener copias de sus expedientes médicos, excepto en los casos no permitidos por la ley.
- Hablar con nosotros sobre cómo usamos y divulgamos su información médica.
- Pedirnos que modifiquemos la información sobre su salud que usted considere incorrecta. Debe solicitar esto por escrito y explicar la razón. Tal vez no podamos modificarla y, si no lo hacemos, le explicaremos por qué.
- Pedirnos una lista de las partes que hayan recibido su información médica después del 14 de abril de 2003. Debe solicitar esto por escrito. La lista cubrirá hasta los 6 años anteriores a la solicitud; y la ley no nos obliga a incluir a las partes a quienes divulgamos su información con el fin de determinar su elegibilidad para recibir TennCare o porque usted nos lo solicitó por escrito.
- Pedirnos que no divulguemos algunos datos de su información médica. Debe solicitar esto por escrito, e indicarnos los datos que no desea que divulguemos. También debe decirnos a quién no desea que proporcionemos esa información; sin embargo, puede haber algunas ocasiones en que no podamos aceptar su solicitud, y le explicaremos por qué.
- Revocar su consentimiento de divulgación de su información médica. Si usted firma un formulario de consentimiento, puede revocarlo en cualquier momento. No obstante, debe hacerlo por escrito, y esto no cambiará ningún dato que ya hayamos divulgado.
- Pedirnos que nos comuniquemos con usted de otra forma o a un domicilio distinto. Debe solicitar esto por escrito.
- Pedir un nuevo aviso de las prácticas de privacidad del DHS.

## **PREGUNTAS o QUEJAS**

**¿Tiene preguntas acerca de este aviso? Llame al 1-888-863-6178. En el condado de Davidson, llame al 313-5790. Para la línea TTY, llame al: 1-800-270-1349.**

**¿Tiene alguna queja acerca de cómo se manejó la información confidencial sobre sus salud? Si tiene preguntas o quejas, puede llamar o escribir a una de las oficinas a continuación. Usted no perderá su elegibilidad por presentar una queja o hacer preguntas.**

Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, o llame al 615-313-4700.

**Su derecho a una audiencia justa:**

¿Qué puede hacer usted si no está de acuerdo con la decisión que nosotros tomemos sobre su solicitud o su caso? Puede apelar para que se celebre una audiencia justa. Puede representarse usted mismo en esta audiencia. También puede venir acompañado por un amigo, pariente o abogado que le represente. Después de enterarse de nuestra decisión, tiene 90 días para presentar una apelación para beneficios de Families First y Food Stamps; y 40 días, para beneficios de Medicaid/TennCare Standard. **Si desea que sus beneficios continúen mientras se decide la apelación, debe solicitárnoslo en un plazo de 10 días para Families First y cupones de alimentos, y de 20 días para TennCare/Medicaid. Si usted pierde la apelación, es posible que tenga que reembolsar los beneficios que recibió durante el período en espera de la decisión de su apelación.** Si desea presentar una apelación, hable con su asistente social del DHS. También puede llamar sin cargo al Centro de Servicios de Asistencia Familiar (*Family Assistance Service Center*), al 1-866-311-4287.

**Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar:**

Yo (cliente), autorizo al Departamento de Educación de Tennessee o a la escuela de mi hijo para que entreguen los expedientes de asistencia escolar de los menores incluidos en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos expedientes, incluidos los números de Seguro Social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones del programa Families First, y los expedientes serán destruidos cuando ya no se necesiten.

**Permiso para contactarme:**

Autorizo al DHS para que se comuniquen conmigo por correo regular y por teléfono al domicilio y los números indicados en mi solicitud, y para que me deje mensajes cuando no me encuentre, según sea necesario para proporcionar información sobre mi solicitud de beneficios o servicios, o los beneficios o servicios que ya estoy recibiendo.