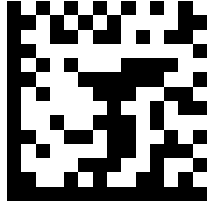


3. Conteste las siguientes preguntas para ayudarnos a determinar si tiene derecho a recibir **Asistencia Alimenticia dentro de siete (7) días.**



D10112002020210

- ¿Es usted un trabajador agrícola migratorio o de temporada? Sí No
- ¿Cuáles son los ingresos mensuales de su hogar, antes de impuestos/ deducciones? (Incluyendo ingresos no salariales como el sustento de menores (child support), Seguro Social, seguro de desempleo, etc.) \$ _____
- ¿Cuánto dinero tiene en efectivo, en su banco y/o cuenta Credit Union?..... \$ _____
- ¿Cuál es el costo mensual de los gastos de su vivienda (hipoteca, renta, otros)?..... \$ _____
- Marque con una "X" todos los servicios públicos que usted es responsable por pagar: ___ Calefacción ___ Aire Acondicionado ___ Ventilador Eléctrico ___ Agua/alcantarilla ___ Basura ___ Teléfono.
- ¿Ha solicitado, o recibido, asistencia del programa HEAT en los últimos 12 meses? Sí No

Los siguientes hogares pueden recibir asistencia alimenticia de emergencia:

- Los hogares que tienen ingresos totales por mes y recursos disponibles que juntos son menos que el costo de servicios públicos mensuales junto con su renta o hipoteca.
- Algunos hogares con trabajadores agrícolas migratorio o de temporada.
- Los hogares con ingresos totales por mes que son menos de \$150 y recursos disponibles (como dinero, o cuentas de cheque o de ahorro) que son no más de \$100.

Favor de informarnos si usted no está de acuerdo con nuestra determinación en su caso acerca de asistencia alimenticia de emergencia, y se programará una cita con usted dentro de dos (2) días laborales.

4. Escriba la información de todas las personas que viven en su casa. Empezando con usted:

Nombre	Número de Seguro Social	Edad y Fecha de Nacimiento	¿Ciudadano de los Estados Unidos? Sí/ No	Parentesco	¿Estudiante? Sí/ No	Etnicidad *Véase abajo	Raza ** Véase abajo	Sexo	Estado Civil
				Yo mismo					

*Etnicidad

H = Hispano o Latino
N = No Hispano o Latino

**Raza

AI = Indio Americano o Nativo de Alaska
AS = Asiático
BL = Negro o Afro Americano

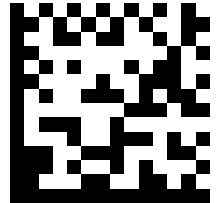
PI = Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico
WH = Blanco

- 5. ¿Son todos los que viven con usted residentes de Utah?..... Sí No
- 6. ¿Tiene usted o alguna persona solicitando con usted un representante autorizado, o alguien que tenga una carta poder para representarle? Sí No
- 7. ¿Vive usted o alguien solicitando con usted en alguna de las siguientes instituciones?..... Sí No
 Hospital Albergue Centro de Rehabilitación por uso de Drogas
 Casa Hogar Casa de Reposo Cárcel – Si su respuesta es sí,
¿Puesto en libertad condicional para trabajar? Sí No
- 8. ¿Es usted o alguien viviendo con usted un fugitivo de la ley? Sí No

Sólo para la Oficina

____ Within 90 days for retro medical

9. ¿Usted o alguien viviendo con usted ha solicitado/recibido Asistencia Alimenticia, Financiera o Médica? Sí No



D10112002020310

Nombre:	Tipo de Asistencia:	¿Dónde?	¿Cuándo?

10. ¿Han sido recientemente descalificado usted o alguien viviendo con usted del Programa de Asistencia Alimenticia por alguna violación del programa? Sí No

11. ¿Hay otras personas que viven con usted y que no están solicitando asistencia pública?..... Sí No
Si su respuesta es sí, anote su(s) nombre(s) y el parentesco con usted:

<u>Nombre:</u>	<u>Parentesco con usted:</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

12. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? _____

13. ¿Está embarazada usted o alguien solicitando con usted? Sí No
Si su respuesta es sí, anote su(s) nombre(s): _____ y
la fecha aproximada del parto: _____

14. ¿Tiene usted o alguien viviendo con usted una incapacidad? Sí No
Si su respuesta es sí, ¿Quién? _____

15. No se requiere contestar esta pregunta si solicita Asistencia Alimenticia.
¿Usted o alguien solicitando con usted es veterano de las fuerzas armadas? Sí No

Bienes Personales:

16. ¿Posee usted o alguien solicitando con usted alguno de los siguientes bienes financieros?

- | | |
|---|---|
| \$ _____ Cuenta de Cheques | <input type="checkbox"/> Certificados a Largo Plazo |
| \$ _____ Cuenta de Ahorros | <input type="checkbox"/> 401-K |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de Pensión por Jubilación (IRA) | <input type="checkbox"/> Fondos de Inversión |
| <input type="checkbox"/> Acciones (Stocks) | <input type="checkbox"/> Fondos Fiduciarios |
| <input type="checkbox"/> Bonos (Bonds) | <input type="checkbox"/> Otro(s) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | |

17. Anote todos los vehículos de que usted o alguien solicitando con usted tiene en su nombre. Algunos ejemplos son automóviles, camionetas, barcos o otro tipo de nave acuática, motocicletas, motos para nieve, casas móviles, vehículos todo terreno, etc.:

Dueño(s) Registrado	Tipo de Vehículo	Marca	Año	¿Regi- strado? Sí/ No	Estado	Cantidad Adeudada
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Sólo para la Oficina

- _____ Alien #
- _____ Roomer
- _____ Boarder
- _____ Purchase & prepare
- _____ Strike

_____ Within 90 days for retro medical
_____ If pregnant and applying for medical, ask about tobacco use
_____ Complete tobacco survey if needed

- _____ Disabled
- _____ Status
- _____ Duration
- _____ Cancer Program

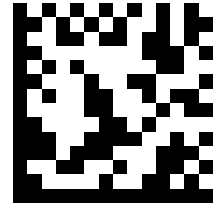
Asset Details

_____ Sold, traded or given away any resources in last 30 days

_____ Vehicle use

18. ¿Posee usted o alguien solicitando con usted alguno de los siguientes bienes?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Tierras/Terrenos |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Vida | <input type="checkbox"/> Derechos Minerales |
| <input type="checkbox"/> Plan Funeral/ Fondos Fúnebres | <input type="checkbox"/> Lotes Fúnebres |
| <input type="checkbox"/> Autocaravanas | <input type="checkbox"/> Casa Remolque/ Remolques |
| <input type="checkbox"/> Propiedades de Tiempos Compartidos | <input type="checkbox"/> Ganado |
| <input type="checkbox"/> Herramientas | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Propiedades de Renta | <input type="checkbox"/> Ninguno |



D10112002020410

19. ¿Posee usted o alguien solicitando con usted alguno de los siguientes ingresos no salariales?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pagos del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Pagos por Jubilación |
| <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social (SSI) | <input type="checkbox"/> Compensación Laboral |
| <input type="checkbox"/> Pagos de Desempleo (UI) | <input type="checkbox"/> Asistencia a Veteranos Militares |
| <input type="checkbox"/> Sustento de Menores (Child Support) | <input type="checkbox"/> Pensión por Divorcio o Separación |
| <input type="checkbox"/> Pagos de Suma Total (Lump Sum) | <input type="checkbox"/> Herencias |
| <input type="checkbox"/> Liquidaciones (Settlements) | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Ayuda Financiera Escolar | <input type="checkbox"/> Ninguno |

20. ¿Hay alguien que está trabajando o recibiendo ingresos?..... Sí No

Si su respuesta es sí, proporcione la información que se le pide a continuación:

A. Nombre de la Persona Trabajando _____

Sueldo por Hora \$ _____

Horas que trabaja por semana _____

Nombre del Empleador _____
¿Trabaja por su propia cuenta? Sí No

Sueldo por Mes \$ _____

B. Nombre de la Persona Trabajando _____

Sueldo por Hora \$ _____

Horas que trabaja por semana _____

Nombre del Empleador _____
¿Trabaja por su propia cuenta? Sí No

Sueldo por Mes \$ _____

21. ¿Tiene usted o alguien solicitando con usted algunos de los siguientes gastos?

(Estos gastos tienen que ser reportados y algunos verificados por su familia para contar como deducciones).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sustento de Menores (Child Support) (incluyendo por orden judicial) | <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil |
| <input type="checkbox"/> Pensión por Divorcio o Separación | <input type="checkbox"/> Gastos Médicos |
| <input type="checkbox"/> Seguro de salud | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Gastos de Trabajo por Cuenta Propia | <input type="checkbox"/> Gasto para que una persona discapacitada trabaje |
- Total de Gastos \$ _____ mensuales

22. Anote todos los gastos del hogar:

Renta \$ _____ Hipoteca \$ _____ Segunda Hipoteca \$ _____ Espacio del Lote \$ _____
 Impuestos (Cantidad Anual) \$ _____ Seguro (Cantidad Anual) \$ _____ Otros \$ _____
 ¿Vivienda Subsidiada? Sí No

Sólo para la Oficina

Income Details

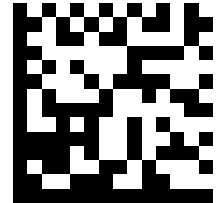
_____ Cash Contribution
 _____ Ever received or stopped receiving SS
 _____ Applied for unearned income

Income Details

_____ Last worked/paid
 _____ Pay frequency
 _____ Work schedule
 _____ Changes in hours worked or earnings expected
 _____ Leave job or reduce hours in last 30 days
 _____ Overlapping hours for 2-parent CC household

_____ Receive help paying rent or other expenses
 _____ How much
 _____ From whom
 _____ How meeting expenses
 _____ Homeless

Yo (escriba su nombre entero con letra imprenta) _____, leí o alguien me leyó la información que se encuentra en las siguientes cuatro páginas tituladas Derechos y Responsabilidades. Declaro que entiendo dicha información. Declaro, con el uso total de mis facultades mentales, que la información y/o las respuestas que he dado en esta solicitud son correctas y completas. También, declaro que la información que he dado sobre el estatus legal de mi ciudadanía o de extranjero en este país es correcta. Entiendo que puedo ser penalizado por la ley si cometo perjurio e intencionalmente anoto información falsa en esta solicitud, o no informo de cambios en mi hogar.



D10112002020610

Tanto su número de Seguro Social como toda otra información que usted anota en esta solicitud será verificada por agencias federales, estatales y locales. La recaudación de esta información se autoriza bajo el Acta de Alimentos y Nutrición del 2008 (Food and Nutrition Act of 2008 en Inglés, antiguamente llamada el Acta de Estampillas de Alimentos [Food Stamp Act en Inglés]). Al firmar esta solicitud usted da autorización para facilitar información confidencial y llevar a cabo verificaciones por medio de sistemas computacionales, revisiones de programas, y auditorías con el Departamento de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (antiguamente llamado INS), coordinación de servicios y otras agencias federales y estatales. La información que se reciba de USCIS puede afectar la elegibilidad de la familia y la cantidad de beneficios. Su número de Seguro Social podría ser compartido con otras agencias federales y estatales para reexaminación oficial, con oficiales de la ley con el fin de detener a fugitivos de la ley y con agencias de cobro privadas. Esto también incluye investigaciones a cualquier otra organización o con individuos que podrían tener información acerca de la elegibilidad de usted y otros miembros de su hogar.

Firma, o Marca del Cliente

Fecha

Firma del Representante Autorizado

Fecha de Nacimiento del Representante Autorizado (únicamente para Asistencia Alimenticia)

Usted puede escoger un representante autorizado para que actúe en su nombre en asistencia con su solicitud, recertificación, y/o con el proceso de informar cambios. Su representante autorizado designado puede ayudarle en obtener y usar su Asistencia Alimenticia.

Me gustaría tener un representante autorizado: Sí No

Nombre(s) de representante autorizado: _____

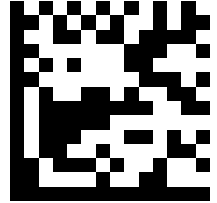
La siguiente autorización para dar información médica es opcional y el no firmar no afectará su asistencia médica. Yo autorizo a DWS para usar cualquier información obtenida específicamente para la elegibilidad de asistencia médica, incluyendo información médica proveída por una tercera parte para asistir con me plan de empleo. Esta autorización entra en vigor por el período en que yo reciba servicios de consejo de empleo de DWS.

Firma

Fecha

- Favor de devolver su solicitud al Centro de Empleo más cercano a usted, o a Imaging Operations
P.O. Box 143245
Salt Lake City, UT 84114-3245
Fax: 801-526-9505 o Teléfono gratuito: 1-888-522-9505
- Inscripción en el registro electoral: Si usted no se ha inscrito para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar para inscribirse para votar aquí hoy?.....Sí No
(SI NO CONTESTA ESTA PREGUNTA Y DEJA LA RESPUESTA EN BLANCO, ASUMIREMOS QUE EN ESTA OCASIÓN USTED DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR).
- Si desea recibir ayuda al llenar el formulario de inscripción para votar, podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar ayuda es de usted. Usted puede llenar el formulario de inscripción en privado. El inscribirse o no inscribirse para votar no afectará la cantidad de asistencia pública que recibirá.
- Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de inscribirse o no inscribirse para votar, su derecho a la privacidad en el proceso de decidir si debe inscribirse o solicitar inscribirse para votar, o su derecho a escoger su partido político o preferencia política, usted puede levantar una queja con: Lt. Governor, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT, 84114.

Department of Workforce Services
Asistencia Financiera, Médica, Y Alimenticia
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES



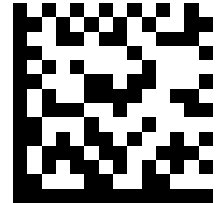
D10112002020710

SUS DERECHOS

- Usted tiene el derecho de recibir un trato cortés, digno y respetuoso.
- Usted tiene el derecho de un intérprete.
- De acuerdo con la ley federal, el Department of Agriculture of the United States (USDA) y el Department of Health and Human Services (DHHS), se nos prohíbe la discriminación basada en la raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad.
 - Bajo el Acta de Asistencia Alimenticia y la póliza de USDA, la discriminación basada en religión y creencias políticas también es prohibida.
 - De conformidad con la Ley Federal y las normas del Departamento de Agricultura de los EE.UU., esta institución tiene prohibido el discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas, o discapacidad. Para presentar un reclamo de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratis al (866) 632-9992. Personas que no pueden oír o tienen dificultades para hablar pueden comunicarse con el USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (Español). USDA es un empleador y proveedor de igualdad de oportunidades.
- El Título VI del Acto de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar información racial y étnica, pero usted no tiene la obligación de proveer dicha información. Si usted decide no proporcionar esta información, esto no afectará su caso. Si usted no nos proporciona esta información, el trabajador contestará la pregunta. Esta información se pregunta para asegurarse que los beneficios de estos programas se emitan sin consideración a raza, color, o origen nacional.
- Usted tiene el derecho de solicitar y re-solicitar asistencia pública cuando quiera para programas que ofrece el Department of Workforce Services (DWS). Las solicitudes para recibir CHIP, el programa de la Red de Cuidado Primario (Primary Care Network Program), y el programa de UPP sólo serán aceptadas durante los periodos de inscripción abierta.
- Usted tiene el derecho de saber si su solicitud fue aprobada o denegada, y también la razón por la decisión.
 - Para Asistencia Alimenticia - su asistencia debe ser otorgada a todas las personas que califiquen en su hogar dentro de los primeros 30 días de haber entregado su solicitud.
 - Para Medicaid, Asistencia Financiera y del Cuidado Infantil, la decisión se tomará dentro de los primeros 30 días. Si su petición para Medicaid es por minusvalía, puede tomar hasta 90 días.
 - Para PCN/UPP/CHIP, se tomará una decisión dentro de 30 días.
 - Su solicitud se considerará para todos los programas seleccionados. Es posible que reciba notificaciones de aprobación o negación por separado, dependiendo de las reglas de cada programa individual en su solicitud.
- Usted tiene el derecho de saber si su asistencia es reducida o cancelada. En el caso de Asistencia Alimenticia, existe una excepción importante a esta norma. Si solicita Asistencia Financiera y Alimenticia, no recibirá un aviso si se baja su cantidad de Asistencia Alimenticia si está aprobada para Asistencia Financiera.
- Si está en una institución y solicita Asistencia Alimenticia y SSI al mismo tiempo, la fecha de presentación de su solicitud será la fecha cuando usted salga de la institución.
- Usted tiene las siguientes opciones si no está de acuerdo con las decisiones tomadas en su caso:
 - Hablar con su trabajador para asegurarse que no existen malos entendidos entre ustedes.
 - Hablar con el supervisor de su trabajador.
 - Comunicarse con la sección Atención al Cliente de DWS al 801-526-4390 o 800-331-4341.
 - Solicitar por escrito o oralmente una Audiencia dirigida por un oficial imparcial. Para asistencia Médica tiene que solicitar una audiencia por escrito. Usted puede escoger el ser representado por un abogado, familiar, amigo u otro portavoz en su Audiencia Imparcial.
 - Servicios gratuitos de asesoría legal están disponibles por la agencia de Servicios Legales de Utah. Si está en Ogden, llame al 801-394-9431, en Salt Lake City al 801-328-8891, o gratuito al 1-800-662-2538. Puede obtener referencias para servicios de asesoría legal de Salt Lake Lawyer Referral, al 801-531-9075.
- Usted tiene el derecho de conservar su privacidad en su hogar. DWS no puede entrar a su hogar sin su consentimiento, o hacer uso de fuerza para entrar a su hogar. DWS no puede visitarle en su hogar después de horas de trabajo sin antes programar una cita.
- El Department of Workforce Services, o alguien por su parte, tal vez se comunique con usted para preguntarle de la eficacia de los servicios recibidos.
- Usted tiene el derecho del acceso a la información en el archivo de su caso.
- Usted tiene el derecho de recibir información sobre cómo inscribirse para votar, y si lo requiere, puede solicitar ayuda para llenar los formularios para el registro de elector.
- La información que proporciona en su solicitud tal vez sea compartida con oficiales de la ley, con el fin de detener a fugitivos de la ley.

SUS RESPONSABILIDADES

- Usted debe informarnos de todos los cambios que afecten su elegibilidad para programas de asistencia pública. Una vez que su solicitud sea aprobada, su trabajador le proporcionará información específica sobre los cambios de que debe informarnos.
- Usted necesita proporcionar el número de Seguro Social de todas las personas en su hogar que solicitan asistencia pública, excepto para el programa de asistencia para el cuidado infantil, CHIP, y asistencia de emergencia de Medicaid. Si usted no tiene un número de Seguro Social, necesita proporcionar un comprobante que verifique que está en el proceso de solicitarlo. Usted puede recibir asistencia pública mientras espera su nuevo Número de Seguro Social.
- Usted tiene que cooperar con cualquier revisión de su caso dirigida por la unidad de Control de Calidad y/o DWS.
- Usted necesita tener una entrevista y proporcionar la información necesaria para comprobar que tiene derecho a recibir asistencia pública. Si no comprende los requisitos, o no puede proporcionar lo necesario, por favor comuníquese con su trabajador(a) social.
- Usted debe informarnos si es un prófugo de la ley tratando de evitar acción judicial, el ser detenido o ir a la cárcel por un delito grave o por infringir las condiciones de su periodo de prueba o libertad condicional.
- Si usted es aprobado para recibir Asistencia Financiera, tendrá que ceder a la Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) todo el sustento de menores, asistencia médica, o pensión por divorcio o separación que usted hubiese recibido para su familia durante el tiempo que reciba esta asistencia. El sustento de menores y los pagos de pensión por divorcio o separación serán utilizados para compensar el costo de proveer asistencia financiera a su familia.
- Si usted recibe asistencia médica, tiene que informar a DWS si cuenta con seguro médico. Es posible que sea necesario que se inscriba en un plan de salud médica.
- Los padres de familia tienen la responsabilidad de sostener a sus hijos menores de edad hasta que éstos logren su emancipación al cumplir 18 años, al casarse, o por mandato de orden judicial. Es requerido que los padres de familia que reciben asistencia financiera o médica cumplan con los ordenes y cobro del sustento de menores y la recaudación financiera médica, a menos que usted pueda proporcionar causa justificada por no cooperar.
- Si el Department of Health of Utah (UDOH) paga su atención médica, usted asigna a éste sus derechos a pagos de una tercera parte y de asistencia para servicios médicos. Usted acepta entregar a UDOH cualquier dinero que reciba de una póliza de seguros, o de alguien con la responsabilidad de pagar sus cuentas médicas. Usted autoriza pagos directamente a UDOH o a la Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) y considera libre de culpa a cualquiera parte que realice pagos directamente a ellos. Usted acepta cooperar con el State of Utah al perseguir cualquier tercera parte que es responsable por gastos médicos.
- Usted autoriza a cualquier persona u organización a proporcionar registros médicos o información sobre su salud o la salud de sus dependientes al UDOH, División Financiera del Cuidado de Salud, o quien sea designado. El UDOH y el Department of Workforce Services puede proporcionar a los proveedores de salud la información sobre su derecho a recibir a asistencia médica.
- Si recibe Asistencia Médica en cualquier momento mientras tenga 55 años o más, el Estado tiene la autoridad de cobrar de sus bienes todo el dinero gastado para cubrir sus cuentas médicas.
- Usted está de acuerdo en que la asistencia que reciba bajo cualquier programa médico se limitará de acuerdo a lo descrito en el Manual de Proveedores escrito por el Department of Health. Entiende que la asistencia por la que tiene derecho a recibir puede cambiar sin su conocimiento o consentimiento. También, está de acuerdo de ser responsable por cualquier pago compartido (co-pay) a proveedores al momento de recibir el servicio, a menos que esté libre de esos pagos compartidos.
- Todos los niños inscritos en el programa de Medicaid también serán inscritos automáticamente al Sistema de Información y Vacunación del Estado de Utah (USIIS). Si no desea que su niño(a) sea agregado(a) a este sistema, llame a la Línea de Información USIIS al número 801-538-6872, o a la línea de acceso directo del Sistema de Vacunación al 1-800-275-0659.
- Si usted recibe asistencia pública sin tener derecho a recibirla, tiene que re-pagar la cantidad total.
- Si usted selecciona un proveedor de cuidado infantil que no necesita licencia, el estado de Utah no regulará ni monitoreará el cuidado infantil. Le podemos dar más información acerca de cómo escoger un buen proveedor de cuidado infantil.



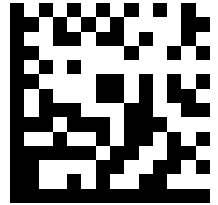
D10112002020810

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

- Todas las personas solicitando asistencia pública deben saber que tanto su Número de Seguro Social como cualquier otra información que proporcionen estará sujeta a una verificación por el sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos del Estado. DWS utilizará el método de concordancia electrónica para asegurar que su hogar cumpla con los requisitos de elegibilidad necesarios para recibir asistencia alimenticia y otros programas de asistencia pública federal. DWS, el Departamento de Seguridad Nacional, la Administración de Seguridad Social (SSA) y la agencia de Servicios de Ingresos Internos (IRS) llevarán a cabo verificaciones computarizadas, evaluaciones de programas, y auditorías. También, llevarán a cabo investigaciones a instituciones bancarias y de préstamos, y a otras organizaciones y personas que puedan contar con información sobre su elegibilidad y la de otras personas en su hogar. Su solicitud puede ser negada y sujeta a enjuiciamiento penal si usted intencionalmente provee información falsa. La información que nos entregue USCIS puede afectar la elegibilidad de su grupo familiar y la cantidad de beneficios.
- La concordancia electrónica se llevará a cabo cuando entregue su solicitud y después de empezar a recibir asistencia. Su asistencia alimenticia, financiera, médica, y para el cuidado infantil puede ser reducida, no aprobada, o cancelada de acuerdo con la información obtenida. La información que nos entregue en su solicitud será verificada usando recursos Federales, Estatales y Locales. Su solicitud para Asistencia Alimenticia puede ser negada y/o usted puede ser sujeto a proceso judicial si usted intencionalmente provee información falsa.

INFORMACIÓN QUE DEBE SABER

- No contamos todos sus ingresos. Sus ingresos NO son deducidos dólar por dólar de su asistencia. Cada programa cuenta con maneras diferentes de calcular los ingresos. Para obtener información detallada sobre el proceso de elegibilidad para cada programa, comuníquese con un Asesor de Empleo.
- Cuándo sus ingresos aumenten lo suficiente y ya no califique para recibir asistencia financiera, usted podrá continuar recibiendo asistencia médica, alimenticia, y para el cuidado infantil si reúne ciertos requisitos. Para más información, hable con su Asesor de Empleo.
- La Asistencia para el Cuidado Infantil intenta ayudar a cubrir los gastos de cuidado infantil. Es posible que esta asistencia no cubra el costo total del cuidado. Si no usa esta asistencia para cubrir los gastos por el cuidado infantil, tendrá que devolver el dinero a DWS. De acuerdo al tipo de proveedor que escoja, recibirá un cheque de dos firmas o una transferencia de fondos al nombre de su proveedor por su cuenta Utah Horizon.
- Es posible que reciba pagos por medio de su tarjeta Utah Horizon. Esta tarjeta está protegida por un número de identificación personal (PIN). Si usted da su tarjeta y PIN a alguien, usted será totalmente responsable por cualquier retiro de su cuenta. Si pierde o le roba su tarjeta, repórtelo a DWS inmediatamente. Usted será responsable por cualquier retiro de su cuenta mientras que no reporte su tarjeta perdida o robada a DWS.



D10112002020910

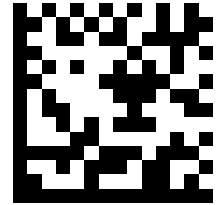
OBEDEZCA LAS REGLAS DE LOS PROGRAMAS

- Todos los miembros de su hogar tienen que obedecer las reglas y proporcionar información correcta y completa. No entregue información falsa para recibir beneficios. No comparta su asistencia alimenticia con otras personas que no tengan el derecho a usarla, y no compre artículos inelegibles. No utilice la asistencia alimenticia de otras personas, a menos que usted sea el representante autorizado. No intercambie o venda su tarjeta EBT. No use los beneficios de asistencia alimenticia para comprar productos no alimenticios, como alcohol, cigarrillos, o para pagar cuentas de crédito. El usar los beneficios para comprar alimentos con crédito puede resultar en su descalificación.
- Si desobedece cualquier de estas reglas, tal vez no tenga más derecho a recibir asistencia alimenticia, financiera, y para el cuidado infantil.
 - La primera vez que viole las reglas, tal vez no reciba asistencia durante 12 meses.
 - La segunda vez, tal vez no tenga derecho a recibir asistencia por 24 meses.
 - La tercera vez, tal vez no tenga derecho a recibir asistencia permanentemente del programa asistencia alimenticia, financiera, y para el cuidado infantil. También, puede ser procesado bajo otras leyes.
 - Tal vez haya una multa de hasta \$250,000, o pueda ir a la cárcel hasta 20 años.
 - Es posible que la Corte ordene 18 meses adicionales de cancelación de elegibilidad si es encarcelado por un delito o por un delito de menor cuantía relacionado al uso de los beneficios de asistencia alimenticia.
- El proporcionar información falsa intencionalmente o la participación fraudulenta en cualquier programa resultará en una acción criminal o civil, y/o demandas administrativas.
- De acuerdo al Acta de Responsabilidad Personal y Oportunidad de Empleo de 1996 ("Personal Responsibility and Work Opportunity Act" en Inglés), se requiere que usted nos informe cuando usted o alguien en su grupo familiar ha sido condenado de cualquiera de los siguientes, después del 22 de Septiembre de 1996:
 - Intercambio de beneficios de asistencia alimenticia por armas, drogas, municiones o explosivos
 - Compra o venta de beneficios de asistencia alimenticia sobre \$500
 - La recepción de duplicación de beneficios de asistencia alimenticia
 - Fugarse de la ley para evitar enjuiciamiento, ser detenido, o ir a la cárcel por un delito grave, o atentar un delito grave, o por violar las condiciones de su libertad condicional o periodo de prueba.
- Si usted vende los alimentos que compró con su Asistencia Alimenticia, usted no tendrá derecho al programa de Asistencia Alimenticia durante 12 meses por la primera infracción, y 24 meses por la segunda infracción, y permanentemente por otra infracción.
- Usted no tendrá derecho a recibir Asistencia Alimenticia, Financiera, y para el Cuidado Infantil por 10 años para la primera y segunda infracción si hace declaraciones falsas sobre su identidad y domicilio con la intención de recibir múltiples casos de asistencia pública. Por la tercera infracción, no tendrá derecho a recibirla permanentemente.

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SU TARJETA MÉDICA

- Usted recibirá una tarjeta médica mensualmente. Esta tarjeta demuestra que tiene derecho a atención médica.
 - Guarde su tarjeta en un lugar seguro.
 - Asegúrese de siempre llevar consigo su tarjeta médica antes de recibir servicios médicos.
 - Si pierde su tarjeta médica, repórtelo a su oficina local de DWS y se le enviará otra por correo.
 - Utilice la tarjeta médica sólo para la persona para quien fue expedida. No permita que nadie más la utilice.
 - Cuando reciba atención médica pregunte si los gastos serán cubiertos por Medicaid. Si la respuesta es no, usted será responsable de cubrir los gastos.

- Usted debe recibir medicinas genéricas, en vez de medicina de marca.
 - Medicaid no pagará el precio de medicinas de marca, a menos que el doctor las recete y anote la aclaración que no pueden ser substituidas ("Do Not Substitute" en Inglés). El doctor tendrá que explicar por qué la medicina genérica no es aceptable.
- El programa Medicaid es "la última alternativa para cubrir sus gastos médicos." Esto quiere decir que cualquier otro método de pago a su disposición debe ser utilizado antes de Medicaid. Medicaid no cubrirá sus gastos médicos sino hasta agotar otros recursos como Medicare, seguro médico privado, seguros automovilísticos o contra accidentes. Si alguna persona es responsable de pagar por su cuidado médico, como su cónyuge, padres de familia, o la persona que causó el accidente, esa persona será responsable por pagar primero.
- El programa Medicaid enviará los pagos directamente a los doctores o proveedores médicos. Si los servicios médicos recibidos son cubiertos por el programa Medicaid, los proveedores médicos no deberán mandarle cuentas médicas directamente a usted, a menos que use el gasto médico como desembolso (spenddown).
- Doctores y proveedores médicos podrán compartir información sobre su salud con DWS. DWS podrá proporcionar información sobre su estatus de elegibilidad médica a proveedores de servicio de salud. Cuando firmó el formulario de solicitud, usted acordó aceptar el intercambio de información.
- El Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) puede proporcionar exámenes médicos para sus hijos. Para mayor información sobre el programa CHIP, favor de hablar con el Representante de su Programa de Salud.
- Todas las personas que solicitan asistencia para niños dependientes recibirán información acerca del Programa de Evaluación y Cuidado de Salud de Niños (CHEC).
- Pagos Compartidos – un pago compartido (co-pay) es un honorario que le cobrará un recipiente de Medicaid para algunos servicios de Medicaid. Los recipientes tienen que pagarlo directamente al proveedor de Medicaid al momento del servicio. Las siguientes personas no tienen que pagar los pagos compartidos
 - - Niños menores de 18 años
 - - Mujeres embarazadas (verificada con su trabajador)
 - - Residentes de una casa de reposo o una institución médica
 - - Individuos con ingresos brutos en su hogar menos que el nivel de pagos FEP, según el tamaño de su hogar (los pagos del FEP cuentan como ingresos.)
- Si la Oficina de Discapacidad Médica (Medical Disability Office) decide que usted está discapacitado, y después la oficina de Seguro Social determina lo contrario, su caso debe ser cerrado. Puede ser re-abierto si usted solicita una petición. Si padece de una nueva condición médica que no haya sido considerada originalmente, usted puede solicitar que la Oficina de Discapacidad Médica reevalúe su situación.
- Si usted debe un desembolso u otro pago para recibir asistencia médica, tiene que pagar esta cantidad a DWS para ser elegible. DWS no puede aceptar pagos de un proveedor de Medicaid para pagar el desembolso o pago que usted debe. DWS aceptará pagos si el proveedor es su representante de beneficiario y se hace el pago con sus fondos.
- Si hace un desembolso y sus gastos médicos son menos que su desembolso, solicite un reembolso. El reembolso puede tomar hasta un año. Si usted debe alguna cantidad de dinero, DWS deducirá esa cantidad de su reembolso.
- Usted podría utilizar facturas médicas para cumplir con sus obligaciones del desembolso. Si usted está inscrito en un plan médico de Medicaid, no podrá utilizar recibos para servicios médicos usados en el mismo mes que su tarjeta médica de Medicaid.
- Si ha pagado por, o tiene la habilidad de pagar cualquier de lo siguiente, informe a su Asesor de Empleos. Es posible que califique para recibir ciertas deducciones que disminuirán la cantidad de su desembolso:
 - Primas de seguro de salud.
 - Facturas de gastos médicos necesarios para un miembro de la familia que no recibe asistencia médica por medio de Medicaid.
 - Facturas de gastos médicos necesarios que no pueden ser pagados por su compañía privada de seguro médico o Medicaid.
 - Aceptaremos facturas médicas o recetas no pagadas. Si éstas han sido pagadas, es posible que sean aceptadas dependiendo de la fecha en la que fueron pagadas.
- Información sobre usted y su caso es confidencial. DWS tiene reglas específicas sobre el tipo de información que puede ser compartida, y con quién se puede compartir. Por ejemplo, es posible que compartamos información sobre usted con otras agencias si éstas necesitan la información para administrar un programa de asistencia pública para ayudarle. De lo contrario, el violar este acuerdo constituye un delito menor Clase B, que tiene como pena una multa de por lo menos \$100 dólares, pero no más de \$1,000 dólares.



D10112002021010

Programa/Empleador No Discriminatorio

Servicios y ayuda auxiliar están disponibles para personas discapacitadas, al llamar a (801) 526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y/o sordera pueden marcar el número 711 (Utah relay). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.