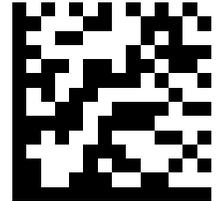




**SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE ASISTENCIA
ALIMENTICIA, FINANCIERA, DE CUIDADO INFANTIL Y MÉDICA**



D10713001990117

Nº de Caso: _____

Para tener servicio automatizado más rápido, usted puede solicitar los programas en línea en jobs.utah.gov

Su información:

1. Complete la siguiente información para la **persona que está solicitando los beneficios.**

Nombre:

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Dirección de Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nº Telefónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____ N° de Seguro Social: (opcional) _____

Correo Electrónico: _____

Firma: _____

2. ¿Tiene una tarjeta de Utah Horizon? Sí No

Marque los Servicios que desea solicitar:

Asistencia Alimenticia

En Efectivo/Asistencia Financiera

Asistencia para el Cuidado Infantil

Asistencia Médica

¿Hay alguien que vive con usted que ha recibido servicios médicos en los últimos 3 meses? Sí No
Si respondió "Sí", ¿quiénes? _____ ¿Para qué mes(es)? _____

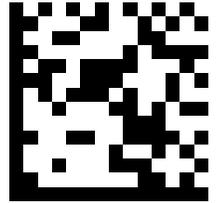
Si desea solicitar beneficios de desempleo favor de visitar la página jobs.utah.gov o llame al (888) 848-0688.

Sus Derechos:

- **SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD, CON GUSTO LE ASISTIREMOS.**
- **USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN SIN COSTO.**
- Asistencia Alimenticia y Asistencia Médica:
 - Usted puede entregar una solicitud incompleta sólo con su nombre, dirección, y firma, sin embargo antes de que se pueda determinar su elegibilidad, usted debe contestar todas las preguntas.
 - Emitiremos la asistencia de acuerdo a la fecha en la que su solicitud fue recibida. Si recibimos su solicitud fuera de nuestras horas de oficina (de lunes a viernes entre 8 de la mañana y las 5 de la tarde), la fecha será efectiva el día siguiente.
- Asistencia Financiera y Asistencia de Cuidado Infantil:
 - Además de su nombre, dirección, y firma, usted DEBE completar las preguntas del 5 al 25 para poder considerar su solicitud para Asistencia Financiera.
 - Además de su nombre, dirección, y firma, usted DEBE completar las preguntas del 5 al 12 Y TAMBIÉN del 23 al 27 para poder considerar su solicitud para Cuidado Infantil.
 - Si usted NO completa todas las preguntas requeridas para la Asistencia Financiera o para el Cuidado Infantil, su solicitud para la Asistencia Financiera y/o para el

Cuidado Infantil se considerarán incompletas y no se tomará ninguna acción adicional.

- Si es elegible para los beneficios de Asistencia Financiera y/o de Cuidado Infantil, los beneficios comenzarán desde el día en que recibamos la solicitud completa.
- No se requiere proporcionar su número de Seguro Social, o el de sus dependientes, para recibir Asistencia para el Cuidado Infantil. Si usted elige no proporcionar esta información, su asistencia no será negada o retrasada, siempre y cuando reúna todos los requisitos de elegibilidad.



D10713001990217

Información de la Asistencia Alimenticia, Financiera y Médica para Inmigrantes:

- Usted puede solicitar y recibir Asistencia Alimenticia, Financiera y Asistencia Médica (Medicaid) para todos los miembros de su familia que califiquen, aunque existan en su hogar personas que no reúnen los requisitos debido a su estatus de inmigración. Por ejemplo, los padres de familias inmigrantes que no tienen derecho a recibir asistencia pública pueden solicitar Asistencia Alimenticia para los hijos que son ciudadanos de los Estados Unidos de América o que tienen un estatus de inmigración aprobado.
- Si alguna persona viviendo en su hogar no solicita y/o no tiene derecho a recibir Asistencia Alimenticia debido a su estatus de inmigración, no necesita proveer información sobre su estatus inmigrante, número de Seguro Social ni cualquier otro documento. Sin embargo, tendrá que contestar las preguntas sobre su nombre, parentesco, ingresos, bienes económicos, etc.
- El participar en el programa de Asistencia Alimenticia, Médica y Financiera no afectará su estatus inmigrante o el de su familia. Toda información sobre la inmigración es privada y confidencial.

Si usted, o algún miembro de su familia, hace uso del programa de Asistencia Médica (Medicaid) no debería afectar su habilidad de solicitar el estado de Residente Permanente en los Estados Unidos, a menos que utilice esta asistencia para pagar gastos médicos a largo plazo (una casa de reposo u otra institución médica). El uso de los beneficios de Medicaid no le afectará su habilidad de solicitar su ciudadanía en los Estados Unidos a menos que haya cometido fraude para obtener esta asistencia.

3. Conteste las siguientes preguntas para ayudarnos a determinar si usted califica para recibir **Asistencia Alimenticia dentro de siete (7) días de calendario:**

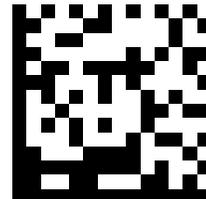
- ¿Es usted un trabajador agrícola migratorio o de temporada? Sí No
- ¿Cuáles son los ingresos mensuales de su hogar, antes de los impuestos/deducciones (incluyendo ingresos no salariales como el Sustento de Menores ("Child Support" en Inglés), Seguro Social, de Seguro de Desempleo, etc.)?\$ _____
- ¿Cuánto dinero tiene en efectivo, en el banco y/o cuenta de Credit Union?\$ _____
- ¿Cuánto paga mensualmente en vivienda (hipoteca, renta)?\$ _____
- Marque con una "X" todos los servicios públicos que usted es responsable de pagar. ___ Calefacción ___ Aire Acondicionado (aire central o enfriador por evaporación) ___ Electricidad (ventilador) ___ Agua/Alcantarillado ___ Basura ___ Teléfono

¿Ha recibido un pago del programa HEAT en su domicilio actual? 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 los 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.

Avísenos si no está de acuerdo con nuestra determinación en su caso acerca de la asistencia alimenticia de emergencia y podemos programar una cita con usted dentro de dos (2) días hábiles.



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

5. Comenzando con usted, escriba la información de todas las personas que viven con usted y que **están solicitando beneficios con usted**:

D10712001000217

Nombre	*Nº de Seguro Social	Fecha de Nacimiento y Edad	*Ciudadano de los Estados Unidos Sí/No	Parentesco	Estudiante Sí/No	Etnicidad **vea lista abajo	Raza ***vea lista abajo	Sexo	****Estado Civil
				Yo Mismo					

*Se requiere el número de seguro social y la información de ciudadanía sólo para las personas que están solicitando los beneficios.

**Etnicidad

H = Hispano o Latino
N = No Hispano ni Latino

***Raza

AI = Indio Americano o Nativo de Alaska
AS = Asiático
BL = Negro o Afroamericano
PI = Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico
WH = Blanco

**** Esta información no se requiere para la Asistencia Alimenticia

6. ¿Hay alguien más que vive con ustedes que no está solicitando beneficios? Sí No
Si respondió "Sí", anote su(s) nombre(s) y el parentesco con usted:

Nombre:

Parentesco con Usted:

¿Compra y Prepara los Alimentos con esta persona?

_____	_____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

7. Si usted o alguien que esté solicitando beneficios con usted no es ciudadano de los Estados Unidos de América ¿Tiene él/ella un Número de Registro para Extranjeros (A#)? Sí No
Si respondió "Sí", complete esta sección:

Nombre	Número de Registro para Extranjeros (A#)	Fecha de Ingreso al País

8. ¿Son usted y los demás que están solicitando beneficios con usted residentes de Utah? Sí No

9. ¿Vive usted o alguien solicitando con usted en alguna de las siguientes instituciones? Sí No

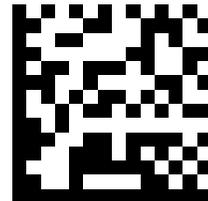
Si respondió "Sí", marque los arreglos de vivienda que se aplican:

Hospital Albergue Centro de Rehabilitación de Drogas

Hogar de Grupos Asilo/Clínica Privada

Cárcel – Si responde "Sí", ¿en libertad condicional para trabajar? Sí No

Si respondió "Sí", ¿quién? _____ Nombre de la Institución _____



D10713001990417

10. ¿Alguien que vive en su casa está actualmente embarazada o ha estado embarazada en los últimos 90 días? Sí No
 Si respondió "Sí", ¿Quién?: _____
 Fecha de Parto: _____ (si todavía está embarazada)
 ¿Ha ella fumado o consumido tabaco en los últimos 6 meses? Sí No
 (Esta pregunta es para las encuestas solamente, y no afecta la elegibilidad).

11. ¿Hay alguien en el hogar que tiene una discapacidad? Sí No
 Si respondió "Sí", ¿quién? _____
 ¿Es la discapacidad permanente o temporal? _____
 Si respondió "temporal", ¿cuánto tiempo se espera que dure? _____
 Si la persona con la discapacidad es el/los padre(s), ¿pueden cuidar los niños? Sí No
 Si la persona con la discapacidad es un(a) niño(a) ¿Tiene este niño necesidades de cuidado infantil especializado? Sí No

12. ¿Han sido recientemente descalificado usted o alguien solicitando con usted de cualquiera de los siguientes programas en cualquier estado del país por una violación a los reglamentos del programa?:
 ¿Programa de Asistencia Alimenticia? Sí No
 ¿TANF (Programa Financiero)? Sí No
 ¿Programa de Cuidado Infantil? Sí No

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

Nombre	Tipo de Asistencia	¿Dónde?	¿Cuándo?

Las preguntas del 14 al 18 se aplican a la Asistencia Financiera solamente y DEBEN ser completadas, si está solicitando Asistencia Financiera.

14. ¿Tiene pagos de renta que son subsidiados por una agencia del gobierno, federal, estatal o local, incluyendo una agencia de servicio social privada? Sí No
 Si respondió "Sí", por favor marque una de las casillas abajo:
 Agencia de Vivienda Pública
 Otra Agencia

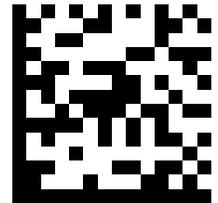
15. ¿Hay adultos o niños en su hogar asistiendo a la escuela? Sí No
 Información de la escuela:

Nombre de Estudiante	Tipo de Escuela/Distrito Escolar/Nombre de la Escuela	Tiempo Completo (FT) o Parte del Tiempo (PT)	Fecha en que se Espera Graduar del High School

Si los niños en la familia son enseñados en el Hogar, ¿Han sido aprobados por el Distrito Escolar para enseñar a los niños en el hogar?..... Sí No

16. ¿Hay alguien en su hogar que haya solicitado, recibido o se le haya negado beneficios de Ingresos del Seguro Social, Beneficios para Excombatientes/Veteranos, Seguro de Desempleo o Workers' Compensation (Compensación por Accidentes Laborales)? Sí No
 Si respondió "Sí", explique: _____

17. Esta pregunta se aplica solamente a la Asistencia Financiera y DEBE ser completada si usted tiene un niño en el hogar.
 ¿Está usted dispuesto(a) a cooperar con la Office of Recovery Services (ORS – Agencia a cargo de cobrar y pagar el Sustento de Menores o “Child Support”) con respecto a establecer o cobrar los pagos del Sustento de Menores (“Child Support” en Inglés) del padre ausente? Sí No



D10713001990517

Si respondió “Sí”, por favor anote el nombre del padre ausente y el/los nombre(s) de el/los niño(s) del padre ausente que están en la hogar.

Nombre del Padre Ausente: _____ Niño(s) del Padre Ausente: _____
 Nombre del Padre Ausente: _____ Niño(s) del Padre Ausente: _____

18. ¿Es usted o alguien que está solicitando la asistencia con usted un prófugo de la ley? Sí No
 Si respondió “Sí”, ¿Quién? _____

19. No se requiere contestar esta pregunta si solicita Asistencia Alimenticia.
 ¿Usted o alguien solicitando con usted es excombatiente o veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América? Sí No

20. ¿Tiene usted o alguien solicitando con usted, alguno de los siguientes bienes financieros? Sí No
 Si respondió “Sí”, marque todos los que se aplican:

Cuentas de Cheques: \$ _____ Cuenta de Ahorros: \$ _____
 IRA* (Cuenta de Pensión por Jubilación) Anualidades
 401K* Fondos de Inversión
 Otra Fuente de Jubilación Fondos Fiduciarios
 Bonos (Bonds) Certificados a Largo Plazo
 Acciones (Stocks) Otros: _____

*No se requiere para la Asistencia Alimenticia

¿Usted ha vendido, intercambiado o regalado algunos bienes listados arriba en los últimos 3 meses? .. Sí No

21. ¿Tiene usted o alguien solicitando con usted vehículos? Sí No
 Si respondió “Sí”, liste todos los vehículos de los cuales usted o alguien solicitando con usted son dueños.
 Algunos ejemplos de vehículos son automóviles, camionetas (trucks), botes o embarcaciones, motocicletas, motonieves (snowmobiles), casas rodantes, vehículo todo terreno (ATV’s), etc.

Dueño(s) Registrado	Tipo	Marca	Año	Con Licencia Sí/No	Estado	Cantidad que se Debe	Uso del Vehículo
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

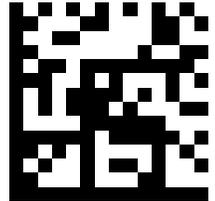
22. ¿Posee usted o alguien solicitando con usted algunos de los siguientes bienes? Sí No
 Si respondió “Sí”, marque todos los que se aplican:

Casa Tierras/Terrenos
 Seguro de Vida Bienes de por Vida
 Plan Funeral/Fondos Fúnebres Derechos Minerales o Madereros
 Autocaravanas (Campers) Lotes Fúnebres
 Propiedades de Tiempos Compartidos Casa Remolque/Remolques (Trailers)
 Herramientas Ganado
 Propiedades de Renta o de Inversión Otros _____

23. ¿Posee usted o alguien solicitando con usted, alguno de los siguientes ingresos no salariales? Sí No

Si respondió "Sí", marque las casillas de todos los que se aplican:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social \$_____ | <input type="checkbox"/> Jubilación \$_____ |
| <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social (SSI) \$_____ | <input type="checkbox"/> Workers' Compensation (Por accidentes o lesiones en el trabajo) \$_____ |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo \$_____ | <input type="checkbox"/> Beneficios a Excombatientes o Veteranos \$_____ |
| <input type="checkbox"/> Sustento a Menores (Child Support) \$_____ | <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia (Alimony) \$_____ |
| <input type="checkbox"/> Pagos de Cantidad Global de Arreglo (Lump Sum) \$_____ | <input type="checkbox"/> Dinero de Herencias \$_____ |
| <input type="checkbox"/> Arreglos (Settlements) \$_____ | <input type="checkbox"/> Pagos Tribales \$_____ |
| <input type="checkbox"/> Becas Financieras Escolares \$_____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Contribuciones en Dinero Efectivo \$_____ | |



D10713001990617

24. ¿Usted o alguien solicitando con usted ha dejado un trabajo o disminuido las horas de empleo en los últimos 30 días? Sí No

Si respondió "Sí", complete la siguiente información:

Si usted ha dejado un empleo:

Nombre: _____

Nombre del Empleador: _____

¿Cuándo fue el último día que trabajó? _____

¿Cuál es la fecha del último cheque de pago? _____

Si usted ha reducido sus horas de empleo:

Nombre: _____ Nombre del Empleador: _____

Las horas se redujeron de: _____ a: _____ La fecha del cheque de pago con las horas reducidas _____

25. ¿Usted o alguien solicitando con usted tiene ingresos? Sí No

Si respondió "Sí", provea la información abajo:

Persona con Empleo	Nombre del Empleador	Pago Antes de Impuestos (Ej. \$900/mes, \$6/hora)	Propinas, Bonos, Comisiones	Horas Trabajadas por Semana	¿Qué tan a Menudo se le Paga? (semanal, mensual)

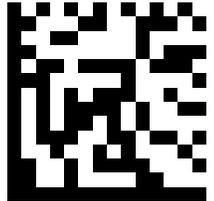
¿Espera cambios en sus ganancias o en el número de horas de empleo? Sí No

Si respondió "Sí", explique: _____

Si alguien de la lista de arriba trabaja por Cuenta Propia o es Contratista, por favor provea la información abajo:

Persona que Trabaja por Cuenta Propia	Nombre de la Compañía	¿Cuánto tiempo lleva trabajando por cuenta propia?	Tipo de Negocio (LLC, S-Corp, 1099, etc.)

Las Preguntas del 26 al 27 se aplican solamente a la Asistencia de Cuidado Infantil y DEBEN ser completadas si está solicitando la Asistencia de Cuidado Infantil.



D10713001990717

26. ¿Cuál es su horario de trabajo? Si su horario varía, por favor ponga los días y horas para su empleo más reciente (Ejemplo: 8 a.m. a 5 p.m.)

Nombre	Empleador	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

¿Necesita(n) su(s) hijo(s) cuidado infantil TODOS los días trabajados? Sí No
 Si respondió "No", ¿Cuáles son los días en que sus hijos necesitan el cuidado infantil? _____

¿Está usted asistiendo a la escuela o a entrenamiento? Sí No

¿Cuál es su horario de la escuela o entrenamiento?

Nombre	Escuela	Tipo de grado o certificado	Fecha en la se Espera Graduar	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

¿Necesitan sus niños el cuidado infantil TODOS los días de asistencia al entrenamiento? Sí No
 Si respondió "No", ¿En qué días necesitan sus hijos la asistencia de cuidado infantil? _____

27. ¿Tiene un(a) proveedor(a) de Cuidado Infantil? Sí No

Si respondió "Sí", ponga el nombre de este/a proveedor(a): _____

¿Tiene este/a proveedor(a) algún parentesco con sus niños? Sí No

Si respondió "Sí", ponga el parentesco con sus hijos: _____

28. ¿Tiene usted o alguien solicitando con usted algunos de los siguientes gastos? Sí No

Si respondió "Sí", marque-todos los que se aplican:

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

- | | | | |
|---|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Sustento de Menores (Child Support) (incluya lo que ha sido ordenado por una corte): | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil: | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia (Alimony):* | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Gastos Médicos: | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Salud: | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Gastos de una persona discapacitada para trabajar: | \$ _____ |

* No se requiere para la Asistencia Alimenticia

¿Hay alguien que no vive con usted o no incluido en su grupo familiar que esté pagando alguna parte de los gastos que puso arriba? Sí No

Si respondió "Sí", ¿quién?: _____ ¿Para qué gastos? _____ ¿Cuánto? _____

29. Anote todos los gastos del hogar:

Renta: \$ _____ Hipoteca: \$ _____ 2ª Hipoteca: \$ _____ Espacio del Lote: \$ _____

Impuestos (cantidad anual): \$ _____ Seguro (cantidad anual): \$ _____ Otros: \$ _____

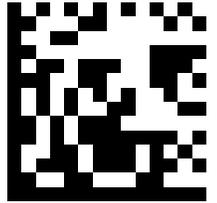
¿Hay alguien que no vive con usted o no incluido en su grupo familiar que esté pagando alguna parte de los gastos que puso arriba? Sí No

Si respondió "Sí", ¿quién y cuánto? _____

30. ¿Tiene cualquiera de estos pagos que se pagan separados de su renta y/o hipoteca? Sí No

Si respondió "Sí", marque todos los que se aplican:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Calefacción | <input type="checkbox"/> Agua/Alcantarillado |
| <input type="checkbox"/> Aire Acondicionado (aire central, enfriador de evaporación) | <input type="checkbox"/> Basura |
| <input type="checkbox"/> Electricidad (para Ventilador) | <input type="checkbox"/> Teléfono |



D10713001990817

31. Si usted o alguien en su grupo familiar tiene 60 años de edad o más, o es discapacitado, por favor marque las casillas si tiene cualquiera de estos gastos médicos:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Recetas Médicas | <input type="checkbox"/> Primas de Seguro de Salud |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos/Artículos Médicos Sin Receta | <input type="checkbox"/> Gastos de Viaje al Doctor/Hospital (millas y alojamiento) |
| <input type="checkbox"/> Gastos Dentales | <input type="checkbox"/> Anteojos o Aparatos de Sordera |
| <input type="checkbox"/> Gastos Médicos para Visitas al Doctor/Cuentas de Hospital | <input type="checkbox"/> Gastos por Animales de Servicio |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Ninguno |

32. ¿Tiene usted o alguien solicitando con usted un poder legal? Sí No
Si respondió "Sí", ¿quién? _____

Complete la siguiente sección si usted está solicitando la Asistencia Alimenticia:

33. ¿Es usted responsable por el cuidado de una persona discapacitada por 20 horas o más por semana? Sí No
Si respondió "Sí", ¿De Quién? _____

34. ¿Está participando en un programa de tratamiento de drogas o alcohol que no sea AA? Sí No
Si respondió "Sí", ¿Cuál Programa? _____

35. ¿Está participando en los servicios de empleo para refugiados los cuales tienen un proceso de administración de casos y planificación de empleo? Sí No

36. ¿Tiene un diploma de High School o GED? Sí No

37. ¿Ha estado desempleado por 6 meses o menos? Sí No

38. ¿Ha estado temporariamente suspendido (laid off) de su empleo actual? Sí No
Si respondió "Sí", explique: _____

39. ¿Se encuentra sin domicilio o no tiene una dirección fija? Sí No

40. ¿Está actualmente en período de prueba (Probation) o con libertad condicional (Parole), y se le requiere que complete algunas actividades ordenadas por una corte (ejemplos: tiempo de libertad para trabajar o corte de drogas)? Sí No
Si respondió "Sí", ¿Qué actividades se le requiere que complete? _____

41. ¿Está participando en algún programa de administración de casos de un programa socio tales como Vocational Rehabilitation (Rehabilitación Vocacional), que tenga que ver con un programa bajo el Title V (Título V) tales como los programas Older American, Easter Seals, o el Forestry Program, o está participando en un programa Choose to Work? Sí No
Si respondió "Sí", ¿Qué Programa? _____

42. ¿Es usted responsable del cuidado de un menor de menos de 6 años Sí No
Si respondió "Sí", ¿Quién? _____

43. ¿Está en este momento pasando por problemas de violencia doméstica? Sí No
Si respondió "Sí", explique: _____

44. ¿Está en este momento pasando por problemas de cuidado infantil? Sí No
Si respondió "Sí", explique: _____

45. ¿Está en este momento sin poder acceder a cualquier tipo de transporte privado o público? Sí No
Si respondió "Sí", explique: _____

46. ¿Está actualmente viviendo a más de 35 millas de un centro de empleos de DWS? Sí No

47. ¿Está usted u otro miembro de la familia participando en el Programa de Asistencia Alimenticia en otro lugar? Sí No
Si respondió "Sí", ¿Quién y Dónde? _____

48. ¿Tiene alguien como huésped (rentando un cuarto de usted y usted le da alimentos)? Sí No
Si respondió "Sí", explique: _____

49. ¿Hay alguien viviendo con su familia que sea un menor o un adulto bajo su tutela (Foster child, adult)? Sí No
Si respondió "Sí", ¿Quién? _____

50. ¿Hay algún miembro de la familia que está en huelga? Sí No
Si respondió "Sí", ¿Quién? _____

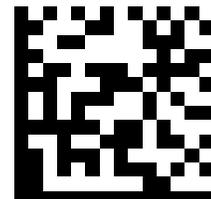
51. ¿Ha sido usted o alguien solicitando la asistencia con usted convicto por de un delito bajo la Ley Federal o Estatal por posesión, uso o distribución de una sustancia controlada (Convicción por delito de drogas) después del 22 de Agosto del 1996? Sí No

52. ¿Ha sido usted o alguien solicitando la asistencia con usted convicto por recibir Asistencia Alimenticia duplicada mediante fraude en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

53. ¿Ha sido usted o alguien solicitando la asistencia con usted convicto por comprar o vender beneficios de Asistencia Alimenticia por más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

54. ¿Ha sido usted o alguien solicitando la asistencia con usted convicto por intercambiar Asistencia Alimenticia por armas, municiones, o explosivos después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

55. ¿Ha sido usted o alguien solicitando la asistencia con usted convicto por intercambiar Asistencia Alimenticia por drogas después del 22 de septiembre de 1996? Sí No



D10713001990917

Complete la sección siguiente si usted está solicitando la Asistencia Médica.

Información de Seguro de Salud

56. ¿Alguna de las personas que viven en su casa tiene o califica para seguro continuado por su empleo o COBRA? Sí No

57. ¿Alguna de las personas que viven en su casa tiene seguro médico (incluyendo beneficios del Sistema de Atención Médica VA), tiene seguro disponible pero no está afiliado, o tuvo seguro en los últimos 6 meses? Sí No
Si respondió "Sí", por favor complete la tabla abajo. (No anote Medicaid, Medicare, CHIP ni PCN)

<input type="checkbox"/> Inscrito	Nombre(s) de el/los individuo(s) con cobertura: _____
	Nombre de la Compañía de seguros: _____
<input type="checkbox"/> No Inscrito, pero disponible	Número de Teléfono: _____
	Dirección de la compañía de seguros: _____ N° de Grupo: _____
	Nombre del Asegurado: _____ N° de Póliza: _____
<input type="checkbox"/> Cancelado, fecha de cancelación: _____	Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____
	Número de Seguro Social del Asegurado: _____
	Si el seguro es mediante un empleador, ponga el nombre y teléfono del empleador: _____
	Costo de la Prima: \$ _____ Fecha en que se debe pagar: _____
	Qué tan a menudo: _____

58. ¿Alguna de las personas que viven en su casa ha sufrido una lesión en un accidente o ha sido víctima de un asalto en los últimos 12 meses? Sí No

59. ¿Hay alguien fuera de su casa que debe pagar por los servicios médicos?..... Sí No

60. Si respondió "Sí" a las preguntas 58 ó 59, por favor complete la siguiente información:

¿Qué tipo de incidente?

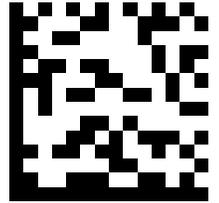
- Automovilístico Asalto Laboral Caída/Resbalón
- Negligencia médica Mordedura de perro
- Otro, por favor explique: _____

Nombre(s) de persona(s) lesionada: _____ ¿Quién es responsable? _____

Fecha del incidente: _____ ¿Se presentó un reporte policial?

Departamento de Policía: _____ N° del Reporte Policial: _____

Nombre del Abogado: _____ N° de Teléfono: _____



D1071300199T017

61. ¿Hay alguien en la casa que tiene condición médica grave? Sí No

(Esto incluye embarazo/ cáncer/ enfermedad renal, etc.)

Si respondió "Sí", ¿quién?: _____

¿Cuál es la condición médica? _____

Yo (escriba su nombre entero con letra imprenta) _____, leí o alguien me leyó la información que se encuentra en las siguientes páginas tituladas **Derechos y Responsabilidades y entiendo esas**

declaraciones. Yo certifico bajo pena de perjurio que la información o respuestas dadas en esta solicitud están completas según mi conocimiento. Yo también certifico que la información de ciudadanía y estado legal de extranjeros que di son correctos. Entiendo que puedo ser penalizado por la ley si cometo perjurio al entregar información falsa en forma intencional en esta solicitud o si no cumplo con reportar cualquier cambio. Yo soy la persona representada por la firma en este documento.

Tanto su número de Seguro Social como toda otra información que usted anota en esta solicitud serán verificadas 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 auditorias 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 y (marque una de las casillas)

- Solicitante Representante Autorizado

Fecha

Fecha de Nacimiento del Representante Autorizado (Para la Asistencia Alimenticia Solamente)

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. Es necesario que llene y firme un formulario de Permiso para Divulgar Información para completar este proceso.

Me gustaría tener un representante autorizado: Sí No

Nombre(s) de representante autorizado: _____

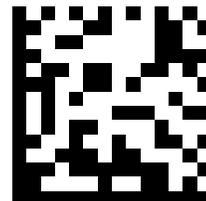
Número de Teléfono _____ Dirección _____

Registración para Votar:

Si usted no se ha registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar su registración para votar aquí hoy? Sí No

- SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, USTED SERÁ CONSIDERADO COMO QUE DECIDIÓ NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTA OPORTUNIDAD.
- Si le gustaría tener ayuda en llenar el formulario de registración para votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o recibir ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario en forma privada. El solicitar la registración para votar o el negarse a llenar el formulario para votar no afecta en lo absoluto la cantidad de asistencia que usted recibiría.
- Si usted cree que alguien ha interferido en su derecho a votar o de declinar la registración, en su derecho a la privacidad en su decisión de registrarse o en solicitar la registración para votar, o su derecho de escoger su propio partido político o ha habido otra interferencia política, usted puede hacer una queja con: Lt. Governor, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT, 84114.

Información Importante de la Solicitud y Programa



D10713001991117

Información General

Cómo se Procesa la Solicitud

Se toma una decisión acerca de los programas que usted solicitó dentro de 30 días de la fecha en que completa su solicitud. Algunas decisiones de programas médicos se pueden demorar más tiempo.

Cómo Administrar su Solicitud

Usted puede administrar la información en su solicitud usando *myCase* en el Internet en jobs.utah.gov.

- *myCase* puede ayudarle con preguntas de su caso, usted puede tener acceso a formularios, revisar sus notificaciones, y seguirle la pista a su solicitud.

Usted puede enviarnos sus verificaciones/comprobantes por:

- Por Fax al: 877-313-4717
- Correo Postal al: PO Box 143245, SLC, UT 84114-3245
- Al entregar sus comprobantes en la oficina de DWS más cercana a su domicilio

Si necesita contactarse con nosotros por teléfono, llame al número gratis 1-866-435-7414 o si nos llama del Valle de Salt Lake al 801-526-0950

Entrevistas

Cada programa tiene diferentes requisitos para las entrevistas. Si se le requiere completar una entrevista, le notificaremos mediante una carta.

Papeleo y Verificaciones

Para prevenir retrasos en el procesamiento de su caso, entréguenos TODAS las verificaciones que se le han pedido lo más pronto posible.

- Los documentos de verificación generalmente se convierten a imagen digital dentro de 48 horas después que usted los ha entregado y se procesan generalmente dentro de 14 días en el orden en que se reciben.
- Su cuenta de *myCase* le mostrará qué verificaciones o comprobantes se han recibido y qué nos falta todavía. También puede usar *myCase* para ver las decisiones que se han tomado en los programas que ha solicitado.
- Asegúrese de incluir el número de caso en cada página que usted entregue.
- Es posible que sus beneficios sean prorrateados si los documentos y los formularios no se devuelven antes de 30 días después de la fecha de solicitud.

Si Usted es Aprobado

Usted recibirá sus beneficios de Asistencia Financiera, Alimenticia, y/o de Cuidado Infantil mediante su Tarjeta Horizon. Para la Asistencia Médica, usted recibirá una tarjeta específica para servicios médicos todos los meses.

Instrucciones Básicas para la Tarjeta EBT Horizon

- Necesita llamar a la Línea de Ayuda de la Tarjeta Horizon (Helpdesk) para activar su tarjeta y seleccionar un número de identificación personal (PIN). Este número de teléfono se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta.
- Guarde su tarjeta Horizon aún si su caso se cierra. Esto le ahorrará tiempo si solicita beneficios de nuevo en el futuro, ya que no será necesario que se le envíe una tarjeta nueva.
- Si usted se encuentra sin un domicilio o no tiene dirección postal, se le enviará su tarjeta a la oficina de correo más cercana a una dirección genérica (General Delivery).
- Mantenga su PIN secreto y no lo apunte en la tarjeta o en el sobre en el cual viene. Sin este PIN, nadie más puede usar su tarjeta.
 - Si usted le da su tarjeta y PIN a cualquier persona, usted sigue siendo responsable por cualquier retiro de dinero o beneficios que se hagan en esta tarjeta.
 - Si usted extravía la tarjeta o si se la roban, necesita reportarla inmediatamente.

La Línea de Ayuda de la Tarjeta EBT Horizon se encuentra disponible 24 horas al día, y días a la semana. Llame el Helpdesk al (800) 997-4444 si:

- Necesita revisar su balance.
- Necesita una tarjeta de reemplazo debido a que extravió su tarjeta o se la han robado, o simplemente ya no funciona.
 - Esta tarjeta de reemplazo se le enviará por correo.
- Necesita cambiar su número de identificación personal PIN por cualquier razón.
- Tiene preguntas de cómo usar su tarjeta.
- El cajero automático ATM no le da la cantidad correcta.

Si califica para los Servicios Expresos de Asistencia Alimenticia y no ha recibido su tarjeta dentro de 7 días de su solicitud, póngase en contacto con el centro de empleos de DWS más cercano a su domicilio. Para todos los demás casos en que no recibió su tarjeta, o si no la recibió debido a un cambio de dirección, llame al 801-526-0950 ó 1-866-453-7414.

Nuestros Programas

Los programas de Asistencia Financiera, de Cuidado Infantil, y Asistencia Alimenticia son programas temporarios para asistirle mientras que se esfuerza para aumentar los ingresos de su familia mediante un empleo, el Sustento de Menores (Child Support), y/o pagos de discapacidad. DWS ofrece una gran variedad de servicios de preparación para el empleo en nuestras oficinas para ayudarle cuando busca empleo, incluyendo referencia a empleos, talleres, entrevistas de práctica, currículos, Evaluaciones de Preparación para Empleo (Work Readiness Evaluations), y otros servicios mediante un Asesor de Empleo de DWS que tiene las habilidades para ayudarle. Para tener más información acerca de los servicios disponibles o para ponerse en contacto con un Asesor de Empleos, póngase en contacto con el Centro de Empleos de DWS más cercano a su domicilio.

Programa de Asistencia Alimenticia

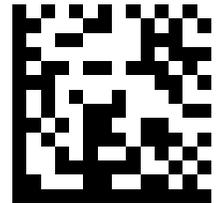
Cuándo se Hace la Asistencia Alimenticia Disponible

Los beneficios de Asistencia Alimenticia se hacen disponibles en forma automática a su cuenta EBT Horizon (su tarjeta Horizon) si su solicitud es aprobada.

Por cada mes que recibe Asistencia Alimenticia, se le depositarán los beneficios en su tarjeta EBT basado en la primera letra de su apellido, aun cuando es un día feriado o fin de semana.

Primera Letra de su Apellido Fecha Disponible

A - G	el 5 del mes
H - O	el 11 del mes
P - Z	el 15 del mes



D10713001991217

Cómo Usar su Tarjeta EBT para la Asistencia Alimenticia

Usted puede usar su tarjeta EBT de la misma manera que una tarjeta de débito en la mayoría de las tiendas que venden alimentos.

- Una vez que el cajero/a ha sumado el total de los artículos que puede comprar con la tarjeta EBT, usted pasa su tarjeta en la máquina para aceptar tarjetas en la caja y luego ingrese su PIN.
- El costo de los artículos comprados se restan de su cuenta EBT de Asistencia Alimenticia.
- No hay recargo por impuestos de venta por los artículos que compre con los beneficios de Asistencia Alimenticia.

Guarde sus recibos que muestran el total de su compra y el balance de su cuenta EBT en sus registros en caso que tenga preguntas o problemas con su cuenta.

Las familias **PUEDEN** usar la Asistencia Alimenticia para comprar:

- Alimentos No Preparados
- Pan y cereales
- Frutas y verduras
- Carne, pescado y ave
- Productos Lácteos
- Plantas y semillas para cultivar alimentos

Las familias **NO PUEDEN** usar la Asistencia Alimenticia para comprar:

- Artículos preparados (Alimentos calientes y alimento que se puede consumir en la tienda)
- Cerveza, vino, licor, cigarrillos o tabaco
- Artículos que no son alimentos:
- Alimentos para Mascotas
- Jabón
- Productos de papel
- Artículos de Limpieza
- Vitaminas y medicamentos
- Artículos de higiene personal tales como champú, desodorante, pasta dentífrica, cosméticos

Cómo Reportar Cambios

- Para la Asistencia Alimenticia, usted debe reportar cualquier cambio en sus ingresos dentro de 10 días del cambio si excede el límite de ingresos.

La Participación en Actividades de Empleo y Entrenamiento (E&T) para la Asistencia Alimenticia

Una vez que se aprueba su solicitud, se le puede requerir que participe en actividades de empleo y entrenamiento para poder continuar recibiendo los beneficios de Asistencia Alimenticia.

Estas actividades pueden incluir:

- Registrarse para buscar empleo
- Reunirse con un Asesor de Empleos
- Completar actividades de búsqueda de empleo

Si se le requiere que participe en actividades adicionales, le enviaremos una notificación.

Programas Financieros

Información Financiera

Los programas de Asistencia Financiera son de asistencia temporal con dinero efectivo con el propósito de aumentar los ingresos al enfocarse en empleo, conseguir los pagos de sustento infantil de un padre ausente (Child Support) y/o pagos de discapacidad.

Todos los programas financieros tienen límites de cuánto tiempo puede recibir beneficios de este programa.

- Los límites de tiempo varían de acuerdo al tipo de programa.

Participación para Programas Financieros

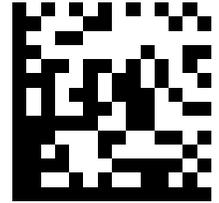
Es un **REQUISITO** que participe en actividades de empleo, será necesario que se reúna con un Asesor de Empleo para que le asista en crear un plan de empleo y fijar metas que le ayudarán a aumentar los ingresos de su familia.

- Este plan de empleo se basará en sus necesidades y metas individuales.
- Si usted tiene niños, es posible que se le asista con los pagos de cuidado infantil mientras que participe en las actividades de empleo.
- Se le enviará una notificación para explicarle cómo ponerse en contacto con un asesor de empleos.

Se le **REQUERIRÁ** que solicite todos los beneficios financieros para los cuales tiene derecho, tales como:

- Beneficios de Seguro Social
- Seguro de Desempleo
- Beneficios para Excombatientes
- Seguro por Accidentes Laborales (Workers' Compensation)

- Pagos de Acuerdos por Seguros (Insurance settlements)
- Programas de asistencia financiera de Tribus Indio-Americanas



D10713001991317

Como Usar sus Beneficios Financieros

Para **TODOS** los programas financieros, se le requerirá que participe en las actividades de empleo antes de que se le autoricen los pagos.

- La mayoría de los beneficios financieros se hacen disponibles el primero del mes.
- Los pagos para algunos programas se emiten el 5 y el 20 del mes. Su Asesor de Empleo le hará saber cuándo puede esperar recibir sus beneficios.

La Compra de Artículos

Usted puede usar su tarjeta para comprar cosas que necesita en las tiendas que aceptan tarjetas EBT.

Usted también puede retirar sus beneficios en dinero efectivo en la mayoría de los cajeros automáticos ATM.

- Le pueden cobrar una pequeña tarifa por transacciones a su cuenta al retirar dinero en efectivo.
- Las tiendas pueden también limitar la cantidad de dinero en efectivo que puede recibir con su compra.

Asistencia Financiera – Familias con Niños

Se le requerirá que provea verificación o comprobante de su parentesco con todos los miembros de su hogar.

Se requiere que los niños entre los 6 y 18 años de edad asistan a la escuela por tiempo completo.

- Los niños entre los 16 y 18 años de edad que no estén asistiendo a la escuela deben participar con un Asesor de Empleo.

Los Programas para Familias y el Sustento de Menores

El Sustento de Menores (Child Support en Inglés) es un elemento importante para aumentar los ingresos de su familia. Cuando las familias reciben el sustento de menores en forma adecuada, pueden avanzar en la autosuficiencia.

- Si usted recibe el sustento de menores para algún niño en su hogar, se le requerirá que haga el proceso de transferencia de estos fondos al Estado de Utah mediante el Office of Recovery Services (oficina a cargo de recaudar el sustento de menores).
- Si usted no recibe el sustento de menores para un niño en su casa, se le requerirá que coopere con el Office of Recovery Services en establecer y recaudar el sustento de menores de un padre ausente.

Asistencia Financiera – Sin Hijos

Programa de Asistencia General (GA)

Es posible que se le considere para este programa si usted tiene una discapacidad que le prevenga trabajar en cualquier ocupación por 60 días o más desde la fecha de solicitud.

- DWS le entregará un formulario médico que necesita ser llenado por un doctor o un profesional de la salud con la licencia correspondiente.

Asistencia en Efectivo para Refugiados

Si usted no es un Ciudadano de los Estados Unidos de América pero es un refugiado o asilado y ha recibido ese permiso de residencia dentro de los últimos 8 meses, usted podría calificar para este programa.

- Se le requerirá que entregue un comprobante de su estado de inmigración.

Programas de Cuidado Infantil

Información del Cuidado Infantil

La Asistencia de Cuidado Infantil es un programa de subsidio que ayuda a los padres a pagar por el cuidado de los niños mientras que el padre o madre trabaja o asiste a la escuela.

Usted es responsable de pagar todos los costos del proveedor de cuidado infantil. Si el subsidio de cuidado infantil es menos de la cantidad cobrada, usted es responsable de pagar la diferencia.

Una vez que es aprobado(a) para el cuidado infantil, los pagos se harán disponibles al comienzo de cada mes.

Cómo Seleccionar un Proveedor de Cuidado Infantil

Usted tiene el derecho a seleccionar un(a) proveedor(a) de cuidado infantil que satisfaga de mejor manera las necesidades de su familia.

- Visite careaboutchildcare.utah.gov para hacer búsquedas en el Internet de proveedores en su área y averigüe más acerca del cuidado infantil y qué es lo que debe buscar en un ambiente de cuidado infantil.
- También puede ponerse en contacto con su Child Care Resource & Referral (CCR&R) local para obtener ayuda en encontrar un(a) proveedor(a).
 - Llame al Child Care Professional Development Institute al número gratis 855-531-2468 para encontrar un CCR&R cerca suyo.

Si usted selecciona un proveedor sin licencia tal como un pariente:

- Su proveedor y los miembros de su (del proveedor) familia mayores de 12 años deben pasar una verificación de antecedentes penales hecha por DWS.
- Si usted selecciona un proveedor que no es pariente suyo, vive con usted, o no cumple la definición de pariente, se necesita otorgar una exención por un Especialista de DWS.

Pagos a los Proveedores

Los pagos a sus proveedores dependen de qué tipo de proveedor usted selecciona.

- Si usted selecciona un **proveedor con licencia**, el dinero se deposita en una cuenta para cuidado infantil en su tarjeta EBT Utah Horizon. Usted puede pasar la tarjeta en la máquina de pago con crédito o transferir fondos a ellos por teléfono.
 - Para transferencias por teléfono, necesita pedirles su Número de Identificación de Comerciante EBT (EBT Merchant ID number), llame al número gratis en la parte de atrás de su tarjeta EBT, y siga las instrucciones para hacer una transferencia de fondos para proveedores de cuidado infantil.
 - Para obtener instrucciones paso a paso vaya a la sección de Cómo Transferir Beneficios de Cuidado Infantil con el Sistema Interactivo Voice Response (IVR) que se encuentra en el Internet en http://jobs.utah.gov/customereducation/services/childcare/paying_provider.html

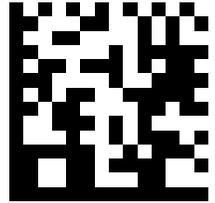
- Si usted selecciona un miembro de la familia, amiga o vecina como su proveedora, usted recibirá un cheque a nombre de dos personas como pago.

Documentos que se Requieren

Después de seleccionar un(a) proveedor(a) de cuidado infantil usted necesitará llenar y devolvernos los siguientes formularios:

- **Para Proveedores con Licencia:** El Formulario 980 – Hoja de Trabajo del Subsidio de Cuidado Infantil
- **Para Familia, amiga o vecina:** El Formulario 980 – Formulario de Subvención Para el Cuidado Infantil y el Formulario PRO1– Registración de Proveedores Exentos de Licencia

Estos formularios se le enviarán por correo y también se pueden imprimir en cualquier momento desde el Internet en *myCase*.



D10713001991417

Otra Información

Pases Descontados para Autobuses de UTA

Usted puede usar el valor en dinero efectivo de su tarjeta Horizon para comprar un pase mensual descontado para un adulto.

- Disponible para usar en el sistema UTA en cualquier lugar entre Payson y Brigham City.
- Este pase se puede usar cuantas veces quiera en viajes locales y para TRAX por un mes.
 - Esta tarifa descontada se aplica a los pasajeros de entre 18 y 64 años de edad.
- Dos niños de 5 años y menores pueden acompañar al pasajero adulto con un pase mensual.
- Se requieren tarifas adicionales para el servicio Express y el servicio Premium.

Para averiguar dónde se puede comprar un pase descontado de autobús con el valor en beneficios en efectivo de la Tarjeta Horizon, visite su cuenta de *myCase* y haga clic en el enlace de UTA.

Sitios Útiles para Otros Servicios

General

- Jobs.utah.gov: <http://jobs.utah.gov>
- 2-1-1 Información y Referencia: <http://www.informationandreferral.org/>
- Centros de Empleos Locales: <http://jobs.utah.gov/regions/ec.html>
- Seguro de Desempleo: <https://jobs.utah.gov/ui/ContinuedClaims/UIAccountHome.aspx>
- Registración para Votar: <https://secure.utah.gov/voterreg/index.html>
- Asistencia Alimenticia, Financiera y Reglamentos de Cuidado Infantil: http://jobs.utah.gov/infosource/eligibilitymanual/eligibility_manual.htm

Asistencia Alimenticia

- Folleto de Asistencia Alimenticia (#313): <http://www.fns.usda.gov/snap/outreach/Translations/English/313Brochure.pdf>
- WIC: <http://health.utah.gov/wic/>

Asistencia Financiera

- ORS/Sustento de Menores (Child Support): www.ors.utah.gov
- Asistencia para Adopción: <http://jobs.utah.gov/customereducation/services/finacialhelp/adoption/index.html>

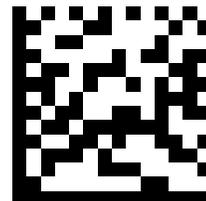
Cuidado Infantil

- Transferencia de Fondos para el Cuidado Infantil con Sistema IVR: http://jobs.utah.gov/customereducation/services/childcare/paying_provider.html
- Busque cuidado infantil de calidad: <http://careaboutchildcare.utah.gov>

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

SUS DERECHOS

- Usted tiene el derecho de recibir un trato cortés, digno y respetuoso.
- Usted tiene el derecho a 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 los Reglamentos de USDA, la discriminación basada en religión y creencias políticas también es prohibida.
 - De conformidad con la Ley Federal y los Reglamentos del Department of Agriculture 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(Voz). Las personas con sordera o que tienen dificultades para hablar pueden comunicarse con el USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (Español). USDA es un empleador y proveedor de igualdad de oportunidades.



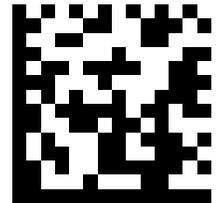
D10713001991517

- 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, u origen nacional.
- Usted tiene el derecho de solicitar y re-solicitar asistencia pública cuando quiera para los 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 la 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 30 días. Si su petición para Medicaid es por Discapacidad o 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 aprobado 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 u oralmente una Audiencia dirigida por un oficial imparcial. Para la Asistencia Médica tiene que solicitar una audiencia por escrito. En su Audiencia Imparcial usted puede escoger ser representado por un abogado, familiar, amigo u otro portavoz.
 - Servicios gratuitos de asesoría legal están disponibles por Utah Legal Services. 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 de 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.
- Cuando sus ingresos hayan aumentado lo suficiente para no necesitar asistencia financiera, usted puede continuar recibiendo la asistencia médica, asistencia alimenticia, y el cuidado infantil si usted cumple ciertos requisitos. Pida más información de su Consejero de Empleos.

SUS RESPONSABILIDADES

- En Utah los que reciben servicios médicos (Medicaid, CHIP, UPP, PCN) son enrolados en forma automática en el Utah Clinical Health Information Exchange (cHIE o Sistema de Intercambio de Información de Salud Clínica de Utah). Para conseguir más información o para cambiar a no participar más en cHIE, visite www.mychie.org o contacte a su proveedor de cuidado de salud.
- 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 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 verifica que está en el proceso de solicitarlo. Usted puede recibir asistencia pública mientras espera su nuevo Número de Seguro Social.
- Usted debe cooperar con cualquier revisión de su caso dirigida por la unidad de Control de Calidad y/o DWS.
- Usted necesita 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 Office of Recovery Services (Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) todo el sustento de menores (“Child Support” en Inglés), 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 se le requiera inscribirse 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. Se requiere que los padres de familia que reciben la Asistencia Financiera o Médica cumplan con las órdenes y cobro del sustento de menores y la recaudación financiera médica, a menos que usted pueda proporcionar una causa justificada para no cooperar.
- Si el Department of Health of Utah (UDOH) paga su atención médica, usted asigna a ésta sus derechos a pagos desde cualquiera tercera persona 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 Office of Recovery Services (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 Estado de Utah al perseguir y demandar a cualquiera tercera parte que sea responsable por gastos médicos.
- Usted autoriza a cualquier persona u organización a divulgar sus registros médicos o información sobre su salud o la salud de sus dependientes al Utah Department of Health (UDOH), la División Financiera del Cuidado de Salud, o quien sea designado. El UDOH y el Department of Workforce Services pueden proporcionar a los proveedores de salud la información sobre su derecho a recibir la asistencia médica.
- En caso de mi muerte y la muerte de mi cónyuge, el estado tiene el derecho a recuperar de mis propiedades todo el dinero gastado para mis cuentas médicas si recibo PCN y/o Medicaid en cualquier momento mientras que tenga 55 años de edad o más. El estado no tiene el derecho de recaudar de mis propiedades o bienes aquellos costos pagados como beneficios de elegibilidad por un programa de costo compartido de Medicare (QMB, SLMB, o QI).
- 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 que tiene derecho a recibir puede cambiar sin su conocimiento o consentimiento. También, está de acuerdo de ser responsable por cualquier copago (co-pay) a proveedores al momento de recibir el servicio, a menos que esté libre de esos copagos.
- 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 devolver 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.



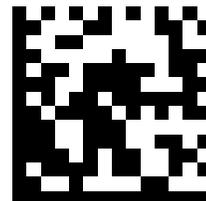
D10713001991617

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 asegurarse que su hogar cumpla con los requisitos de elegibilidad necesarios para recibir asistencia alimenticia y otros programas de asistencia pública federal. DWS, el Department of Homeland Security (Departamento de Seguridad Nacional), la Administración de Seguridad Social (SSA) y la agencia de Servicios de Impuestos 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 USCIS nos entregue 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 provee información falsa.

OBEDIENZA 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 dé su Asistencia Alimenticia con otras personas que no tengan el derecho a usarla, y no compre artículos ilegales. 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.



D10713001991717

- **Si desobedece cualquiera de estas reglas, tal vez sea descalificado de recibir Asistencia Alimenticia, Financiera, y el Cuidado Infantil.**
 - La primera vez que viole las reglas, podría no recibir asistencia durante 12 meses.
 - La segunda vez, podría no recibir asistencia por 24 meses.
 - La tercera vez, podría no tener derecho a recibir asistencia en forma permanente al programa de Asistencia Alimenticia, Financiera, y para el Cuidado Infantil. También, puede ser procesado por la violación a otras leyes.
 - Tal vez tenga una multa de hasta \$250,000, o se le dé una sentencia de 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.
 - Si un tribunal de justicia lo/la encuentra culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada, usted no calificará para los beneficios por dos años por la primera ofensa, y en forma permanente si es la segunda ofensa.
 - Si un tribunal de justicia lo/la encuentra culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucra la venta de armas, municiones, o explosivos, usted no calificará para los beneficios en forma permanente por la primera ofensa.
 - Si un tribunal de justicia lo/la encuentra culpable de haber traficado beneficios por un monto total de \$500 o más, usted será descalificado de participar en el Programa en forma permanente por la primera violación a la regla.
 - Si se descubre que usted ha hecho una declaración fraudulenta o representación falsa con respecto a la identidad o lugar de residencia para recibir beneficios múltiples de Asistencia Alimenticia en forma simultánea, usted será descalificado de participar en el Programa por un período de 10 años.

- El proporcionar información falsa o la participación fraudulenta en cualquier programa resultará en una acción criminal o civil, y/o demandas administrativas.
- 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 por 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 en forma permanente.

Programa/Empleador No Discriminatorio

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al (801) 526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.