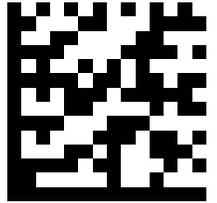




Estado de Utah  
Department of Workforce Services  
**SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE ASISTENCIA  
ALIMENTICIA, FINANCIERA, DE CUIDADO INFANTIL Y MÉDICA**



D13313000590122

**Para tener servicio automatizado más rápido, usted puede solicitar los programas en línea en [jobs.utah.gov](http://jobs.utah.gov)**

**Marque los Servicios que desea solicitar:**

- Asistencia Alimenticia
- 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)? \_\_\_\_\_

**1. Su información:**

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): \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir sus notificaciones en Inglés o Español?  Inglés  Español

Nº de Caso: (opcional) \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

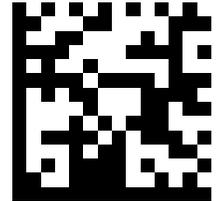
**2. ¿Tiene una tarjeta Utah Horizon? .....  Sí  No**  
*Si marca "No", una nueva tarjeta le será enviada por correo. Otras tarjetas que tenga ya no funcionarán.*

*Si desea solicitar beneficios de desempleo favor de visitar la página [jobs.utah.gov](http://jobs.utah.gov).*

**Sus Derechos:**

- **SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD, CON GUSTO LE ASISTIREMOS.**
- **USTED TIENE EL DERECHO A 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 en que será efectiva es el día siguiente.
- Asistencia Financiera y Asistencia de Cuidado Infantil:
  - Para presentar una solicitud de Asistencia Financiera **debe** completar las preguntas 1 – 27, la sección de Asistencia Financiera Y firmar la página 14 para poder considerar su solicitud para Asistencia Financiera completa.
  - Para presentar una solicitud de Asistencia para el Cuidado Infantil **debe** completar las preguntas 1 – 20, la sección de Asistencia para el Cuidado Infantil Y firmar la página 14 para poder considerar su solicitud para Asistencia para el Cuidado Infantil completa.
  - 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 califica para los beneficios de Asistencia Financiera y/o de Cuidado Infantil, estos beneficios comenzarán desde el día en que recibamos la solicitud completa.

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



D13313000590222

- 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 estado 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 estado de inmigrante o el de su familia. Toda información sobre 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 de América, 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 de América a menos que haya cometido fraude para obtener esta asistencia.

**Información sobre los Servicios Expresos de Asistencia Alimenticia**

Los siguientes hogares pueden recibir servicios expresos de asistencia alimenticia:

- 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.
- 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 menos de \$100.
- Algunos hogares con trabajadores agrícolas migratorio o de temporada.

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

**INFORMACIÓN GENERAL Y DEL HOGAR**

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

Nombre	Nº de Seguro Social <sup>1</sup>	Fecha de Nacimiento	Ciudadano de los Estados Unidos <sup>1</sup> Sí/No	Sexo M/F	Parentesco	Residente de Utah Sí/No	Etnicidad <sup>2</sup>	Raza <sup>3</sup>	Estado Civil <sup>4</sup>
					Yo Mismo				

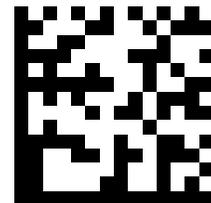
<sup>1</sup> Se requiere el número de seguro social y la información de ciudadanía sólo para las personas que están solicitando los beneficios.

<sup>2</sup> Etnicidad  
H = Hispano o Latino  
N = No Hispano ni Latino

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> Esta información no se requiere para la Asistencia Alimenticia

4. ¿Hay alguien más que vive con ustedes que no está solicitando beneficios?  Sí  No  
 Si respondió "Sí", complete la siguiente información:



D13313000590322

Nombre:	Parentesco:	¿Compra y prepara comida 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

5. ¿Hay alguien que se haya mudado a su casa en los últimos tres meses? .....  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha en que se mudó a la casa: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha en que se mudó a la casa: \_\_\_\_\_

6. ¿Hay alguien en su hogar que tiene un Número de Registro para Extranjeros (A#)? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

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

7. ¿Hay alguien en su grupo familiar que vive en alguna de las siguientes instituciones? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", marque la(s) que se aplica(n):

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: \_\_\_\_\_  
 Fecha en que entró en la institución: \_\_\_\_\_

8. No se requiere contestar esta pregunta si solicita Asistencia Alimenticia.  
 ¿Hay alguien en su hogar que está actualmente embarazada o ha estado embarazada en los últimos 90 días? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién?: \_\_\_\_\_  
 Fecha del 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).

9. ¿Hay alguien en su hogar que tiene una discapacidad? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de la discapacidad: \_\_\_\_\_

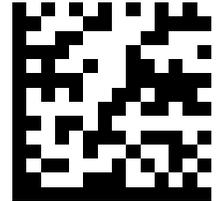
¿Es la discapacidad permanente o temporal? \_\_\_\_\_  
 Si respondió "temporal", ¿cuánto tiempo se espera que dure? \_\_\_\_\_

Discapacidad / Incapacidad determinada por:

Programa de Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSA Disability)  
 Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)  
 Beneficios para Excombatientes (VA)  
 Declaración Médica  
 Junta Directiva de Jubilación de Ferrocarriles (Railroad Retirement Board)  
 Consejo de Revisión Médica (State Medical Disability Office)  
 Otro: \_\_\_\_\_

Si la persona con la discapacidad es el/los padre(s), ¿puede(n) 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

10. ¿Hay alguien en su hogar que haya solicitado/recibido Asistencia Alimenticia, Financiera o Médica? .....  Sí  No



D13313000590422

Nombre	Tipo de Asistencia	¿Dónde?	¿Cuándo?

11. ¿Hay alguien en su hogar asistiendo a la escuela? .....  Sí  No  
Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

Nombre de Estudiante	Nombre / Tipo de Escuela	Tiempo Completo (FT) o Parte del Tiempo (PT)	Fecha en que se Espera Graduar (Si es mayor de 16 años)

12. No se requiere contestar esta pregunta si solicita Asistencia Alimenticia.

¿Hay alguien en su hogar que es excombatiente o veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América? .....  Sí  No

13. No se requiere contestar esta pregunta si solicita Asistencia Alimenticia.

¿Hay alguien en su hogar que haya solicitado, recibido o se le hayan negado beneficios de Ingresos del Seguro Social, Beneficios para Excombatientes (VA), Seguro de Desempleo o Workers' Compensation (Por accidentes o lesiones en el trabajo)? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", explique: \_\_\_\_\_

14. No se requiere contestar esta pregunta si solicita Asistencia Médica:

¿Hay alguien en su hogar que sea un fugitivo de la ley (escondido o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, de ser detenido, o ir a la cárcel por un delito o intento de delito, o violación de una condición de libertad condicional (parole) o período de prueba)? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

## INGRESOS

15. ¿Hay alguien en su hogar que tiene ingresos salariales? .....  Sí  No  
Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

Persona con Empleo	Nombre del Empleador	Fecha de Contratación	Horas Trabajadas por Semana	Ingresos Antes de Impuestos (Ej. \$900/mes, \$8/hora)	Ingresos Adicionales (Ej. Propinas, Bonos, Comisiones)	Frecuencia de Pago (Ej. semanal, mensual)

16. ¿Hay alguien en su hogar que trabaja por Cuenta Propia o es Contratista? .....  Sí  No  
Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

Persona que Trabaja por Cuenta Propia	Nombre de la Compañía	Fecha de Inicio	% de Propiedad	Tipo de Negocio (Ej. LLC, S-Corp, 1099, etc.)	Horas Trabajadas por Mes	Ingreso Mensual Antes de Impuestos

¿Existen gastos del empleo por cuenta propia? .....  Sí  No

17. ¿Hay alguien en su hogar que espera cambios en ganancias o en el número de horas de empleo? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", explique: \_\_\_\_\_

18. ¿Hay alguien en su hogar que haya 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? \_\_\_\_\_

La razón del término del trabajo: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

La razón de la reducción de horas: \_\_\_\_\_

19. ¿Alguien en su hogar tiene ingresos educativos? .....  Sí  No

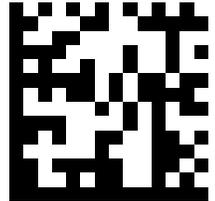
Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

	Tipo	Cantidad Recibida \$	Número de Meses Destinado a Cubrir	Fecha en que Empezó
<input type="checkbox"/>	Préstamo Educacional			
<input type="checkbox"/>	BEOG (Pell Grant)			
<input type="checkbox"/>	Beca Educacional			
<input type="checkbox"/>	Préstamo Stafford			
<input type="checkbox"/>	Subvención Educacional (Grant )			
<input type="checkbox"/>	SEOG (Subvención para Oportunidades Educativas Suplementarias)			
<input type="checkbox"/>	Ayudantía Pagada (Work Study)			
<input type="checkbox"/>	Otro:			

¿Hay gastos educativos? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete todas las columnas. Algunos ejemplos de gastos educativos son matrícula, libros, cuotas obligatorias, el transporte o el alquiler o la compra de equipos, materiales y suministros.

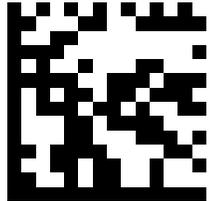
Tipo	Cantidad	Quien lo Paga	Frecuencia de Pago	Fecha en que Empezó



D13313000590522

20. ¿Hay alguien en su hogar que recibe algunos de los siguientes ingresos no salariales? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete todas las columnas:



D13313000590622

	Tipo	Cantidad	Frecuencia de Pago (Ej. semanal, mensual)	Fecha en que Empezó
<input type="checkbox"/>	Seguro Social			
<input type="checkbox"/>	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			
<input type="checkbox"/>	Sustento a Menores (Child Support) recibido directamente del padre u otro estado			
<input type="checkbox"/>	Sustento a Menores (Child Support) recibido de ORS			
<input type="checkbox"/>	Beneficios de Desempleo Estado:			
<input type="checkbox"/>	Contribuciones en Dinero Efectivo de familia, amigos o iglesia De quién:			
<input type="checkbox"/>	Jubilación / Pensión			
<input type="checkbox"/>	Pensión Alimenticia (Alimony)			
<input type="checkbox"/>	Beneficios a Excombatientes (VA)			
<input type="checkbox"/>	Workers' Compensation (Por accidentes o lesiones en el trabajo)			
<input type="checkbox"/>	Pagos Tribales			
<input type="checkbox"/>	Pagos de Cantidad Global de Arreglo (Lump Sum)			
<input type="checkbox"/>	Otro Ingresos (Ej. Adopción, ingresos por alquiler, derechos mineros, etc.): _____ _____			

¿Aparte de los impuestos, hay deducciones retenidas de los ingresos de cualquier persona en la lista? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete la información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de deducción: \_\_\_\_\_ Cantidad de deducción: \$ \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de deducción: \_\_\_\_\_ Cantidad de deducción: \$ \_\_\_\_\_

## BIENES

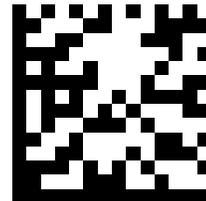
21. ¿Alguien en su hogar tiene dinero en efectivo? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

22. ¿Alguien en su hogar tiene alguno de los siguientes bienes financieros? ....  Sí  No

Si respondió "Sí", anote todas las cuentas que usted o alguien que vive con usted tienen. Algunos ejemplos de bienes financieros son Cuentas de Cheques, Cuenta de Ahorros, 401K\*, IRA\* (Cuenta de Pensión por Jubilación), Anualidades, Activos Financieros (Money Market), Acciones (Stocks)/ Bonos (Bonds)/ Fondos Mutuos, etc.

\*No se requiere para la Asistencia Alimenticia



D13313000590722

Tipo	Dueño(s) de Cuenta	Nombre del Banco	Fecha en que se Abrió

23. ¿Hay alguien en su hogar que tiene 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(s)	Marca	Modelo	Año	Licenciado Sí/No	Estado	Cantidad que se Debe	Uso del Vehículo	Fecha de Compra

24. ¿Hay alguien en su hogar que posee algunos de los siguientes bienes? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

	Tipo	Dueño(s)	Valor de Mercado	Cantidad que se Debe	Fecha de Compra
<input type="checkbox"/>	Casa Donde Vive				
<input type="checkbox"/>	Tierras / Terrenos				
<input type="checkbox"/>	Propiedades de Renta o de Inversión				
<input type="checkbox"/>	Casa para Vacaciones / Propiedades de Tiempos Compartidos (Time Share)				
<input type="checkbox"/>	Equipamiento / Herramientas				
<input type="checkbox"/>	Maquinaria				
<input type="checkbox"/>	Remolques				
<input type="checkbox"/>	Ganado				
<input type="checkbox"/>	Derechos Minerales u Otros				
<input type="checkbox"/>	Otros				

25. ¿Hay alguien en su hogar que posee alguno de los siguientes bienes? .....  Sí  No

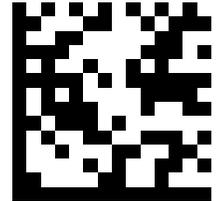
Marque todos los que se aplican:

Seguro de Vida  Fideicomiso (Trust)  Lotes Fúnebres  Plan Funeral/Fondos Fúnebres

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

26. ¿Hay alguien en su hogar que haya vendido, intercambiado o regalado cualquier bien en los últimos tres meses? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



D13313000590822

**GASTOS**

27. ¿Hay alguien en su hogar que paga los gastos de pensión alimenticia (Alimony), sustento de menores (Child Support) o cuidado infantil?.....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

	Tipo	Quien lo Paga	Para Quién	Cantidad	Frecuencia de Pago	Fecha en que Empezó
<input type="checkbox"/>	Pensión Alimenticia (Alimony)* <i>* No se requiere para la Asistencia Alimenticia</i>					
<input type="checkbox"/>	Sustento de Menores (Child Support) ¿Ordenado por una corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/>	Cuidado Infantil  Nombre del proveedor(a): _____ Necesito cuidado infantil para: <input type="checkbox"/> Aceptar / Continuar Empleo <input type="checkbox"/> Buscar Empleo <input type="checkbox"/> Asistir a la Escuela <input type="checkbox"/> Asistir a Entrenamiento <input type="checkbox"/> Otros: _____					

28. ¿Hay alguien en su hogar responsable de pagar cualquiera de los siguientes gastos del hogar? .....  Sí  No

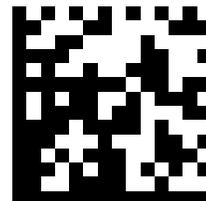
Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

	Tipo	Cantidad	Quien lo Paga	¿Esta persona vive en su casa? Sí / No	Frecuencia de Pago	Fecha en que Empezó
<input type="checkbox"/>	Renta, Renta Subsidiada, Seguro de Renta					
<input type="checkbox"/>	Hipoteca, 2a Hipoteca, Préstamo por Valor de la Casa, Impuestos de Propiedad					
<input type="checkbox"/>	Seguro de Casa, Asociación de Propietarios (HOA), Gastos de Condominio					
<input type="checkbox"/>	Pago del Terreno para Remolques					

29. ¿Hay alguien en su hogar responsable de pagar cualquiera de los siguientes gastos de servicios públicos que se pagan separados de su renta y/o hipoteca? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", marque todas las casillas que se aplican:

<input type="checkbox"/>	Calefacción / Aire Acondicionado (aire central, enfriador de evaporación) / Electricidad (para Ventilador) de calefacción y / o refrigeración de mi casa	<input type="checkbox"/>	He recibido asistencia HEAT en mi dirección actual en los últimos 12 meses
<input type="checkbox"/>	Teléfono	<input type="checkbox"/>	Estoy sin hogar , pero tengo que pagar algunos gastos mensuales de calefacción / refrigeración
<input type="checkbox"/>	Agua / Alcantarillado, Basura		



D13313000590922

30. ¿Hay alguien en su hogar que tenga por lo menos 60 años de edad o con discapacidad que tiene gastos médicos? .....  Sí  No  
(Estos gastos deben ser reportados y algunos gastos deben ser verificados por su familia para contar como deducciones)

Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

	Tipo	Para Quién	Quien lo Paga	Cantidad	Frecuencia de Pago	Fecha en que Empezó
<input type="checkbox"/>	Gastos de Cuidado Dental, Dentaduras					
<input type="checkbox"/>	Seguro Médico o de Medicare					
<input type="checkbox"/>	Aparatos Auditivos					
<input type="checkbox"/>	Atención Médica a Domicilio					
<input type="checkbox"/>	Hospitalización o Atención Ambulatoria					
<input type="checkbox"/>	Servicios Médicos					
<input type="checkbox"/>	Servicios de Salud Mental					
<input type="checkbox"/>	Cuidado de Enfermería en Asilo/Clínica Privada					
<input type="checkbox"/>	Medicamentos Recetados					
<input type="checkbox"/>	Anteojos Recetados					
<input type="checkbox"/>	Gastos por Animales de Servicio (Ej. comida, cuentas veterinarias, etc.)					
<input type="checkbox"/>	Otros:					

**ASISTENCIA FINANCIERA**

31. ¿Hay alguien en su hogar que haya sido recientemente descalificado del programa TANF (Programa Financiero) en cualquier estado del país por una violación a los reglamentos del programa? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

32. ¿Hay algún niño en su hogar educado en el hogar?.....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Han sido aprobados por el Distrito Escolar para enseñar a los niños en el hogar?.....  Sí  No

33. ¿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

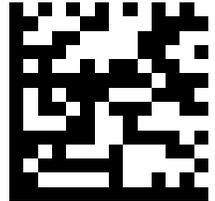
Si respondió "Sí", por favor marque una de las casillas abajo:

Agencia de Vivienda Pública  Otra Agencia

34. ¿Tiene niño(s) que vive(n) en el hogar? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿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) del padre ausente? .....

Sí  No



D13313000591022

Si respondió "Sí", anote el nombre del padre ausente y el/los nombre(s) de el/los niño(s) del padre ausente que está(n) en la hogar.

Nombre del Padre Ausente: \_\_\_\_\_ Niño(s) del Padre Ausente: \_\_\_\_\_

Razón por la ausencia:

Adopción de Padre/Madre Soltero/a  Divorcio  Separación  Separación Legal

Fallecimiento  Encarcelación  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre Ausente: \_\_\_\_\_ Niño(s) del Padre Ausente: \_\_\_\_\_

Razón por la ausencia:

Adopción de Padre/Madre Soltero/a  Divorcio  Separación  Separación Legal

Fallecimiento  Encarcelación  Otro: \_\_\_\_\_

**ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL**

35. ¿Hay alguien en su hogar que haya sido recientemente descalificado del Programa de Cuidado Infantil en cualquier estado del país por una violación a los reglamentos del programa? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

36. ¿Hay alguien en su hogar que haga alguno de los siguientes pagos? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

	Tipo	Quien lo Paga	Para Quién	Cantidad	Frecuencia de Pago	Fecha en que Empezó
<input type="checkbox"/>	Pensión Alimenticia (Alimony) por Orden Judicial					
<input type="checkbox"/>	Sustento de Menores (Child Support) por Orden Judicial					

37. Listar horario de trabajo de los padres. Si su horario varía, por favor ponga los días y horas para su empleo más reciente (Ej. 8 a.m. a 5 p.m.)

Nombre	Empleador	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

¿Es necesario el cuidado de niños para TODOS los días de trabajo?.....  Sí  No

Si respondió "No", ¿En qué días necesitan sus hijos la asistencia de cuidado infantil? \_\_\_\_\_

38. ¿Está alguno de los padres asistiendo a la escuela o a entrenamiento? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", anote el horario de la escuela o entrenamiento. (Ej. 8 a.m. a 5 p.m.)

Nombre	Nombre de Escuela	Tipo de grado o certificado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

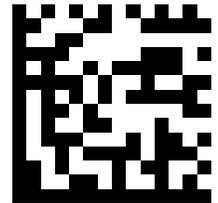
¿Es necesario el cuidado de niños para TODOS los días de su entrenamiento? .....  Sí  No

Si respondió "No", ¿En qué días necesitan sus hijos la asistencia de cuidado infantil? \_\_\_\_\_

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

Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

Nombre de Proveedor(a)	¿Tiene este/a proveedor(a) algún parentesco con sus niños? Sí / No	Parentesco con su(s) hijo(s)



D13313000591122

## ASISTENCIA ALIMENTICIA

40. ¿Ha sido alguien de su grupo familiar descalificado del Programa de Asistencia Alimenticia debido a una violación al reglamento del programa? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

41. ¿Hay alguien en su hogar que haya sido sancionado por el programa de Asistencia Alimenticia debido a la falta de participación en los requisitos de Empleo y Entrenamiento (E&T)? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Esta persona acepta participar?.....  Sí  No

42. ¿Hay alguien adulto en su hogar que no tiene un diploma de High School o GED? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

43. ¿Hay alguien en su hogar responsable del cuidado de un menor de menos de 6 años? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién está cuidando al niño? \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

44. ¿Sería un problema el obtener cuidado de los niños para participar en los requisitos de Empleo y Entrenamiento? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", explique: \_\_\_\_\_

45. ¿Hay alguien en su hogar responsable por el cuidado de una persona discapacitada por 20 horas o más por semana? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

46. ¿Hay alguien en su hogar que ha estado desempleado por 6 meses o menos?.....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

47. ¿Hay alguien en su hogar temporariamente suspendido (laid off) de su empleo actual? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", explique: \_\_\_\_\_

48. ¿Hay alguien en su hogar en huelga? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

49. ¿Hay alguien en su hogar en período de prueba (Probation) o con libertad condicional (Parole)? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿Se le requiere que complete algunas actividades ordenadas por una corte (ej. tiempo de libertad para trabajar o corte de drogas)? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades se le requiere que complete? \_\_\_\_\_

50. ¿Hay alguien en su hogar participando en un programa de tratamiento de drogas o alcohol? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Nombre del Programa: \_\_\_\_\_

51. ¿Hay alguien en su hogar que participa en cualquiera de los siguientes programas: Vocational Rehabilitation (Rehabilitación Vocacional), programas Older American, Easter Seals, o el Forestry Program, o está participando en el programa Choose to Work? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Nombre de Programa: \_\_\_\_\_

52. ¿Hay alguien en su hogar participando en los servicios de empleo para refugiados? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

53. ¿Alguien en su hogar víctima de violencia doméstica? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

54. ¿Hay alguien en su hogar sin poder acceder a cualquier tipo de transporte privado o público? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", explique: \_\_\_\_\_

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

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

57. ¿Hay alguien en su hogar participando en el Programa de Asistencia Alimenticia en otro estado? ....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

58. ¿Hay alguien en su casa de huésped?.....  Sí  No

Si respondió "Sí", explique: \_\_\_\_\_

59. ¿Hay alguien en su hogar que sea un menor o un adulto bajo su tutela (Foster child, adult)? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

60. ¿Hay alguien en su hogar que es un trabajador agrícola migratorio o de temporada?.....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

61. ¿Hay alguien en su hogar que haya sido convicto por cualquiera de las siguientes razones después del 22 de septiembre de 1996?:

• Recibir Asistencia Alimenticia duplicada mediante fraude en cualquier estado. ....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

• Comprar o vender beneficios de Asistencia Alimenticia por más de \$500 .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

• Intercambiar Asistencia Alimenticia por armas, municiones, o explosivos .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

• Intercambiar Asistencia Alimenticia por drogas .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

## SECCION MEDICA

62. ¿Tiene niño(s) que vive(n) en el hogar? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿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) del padre ausente? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", anote el nombre del padre ausente y el/los nombre(s) de el/los niño(s) del padre ausente que está(n) en la hogar.

Nombre del Padre Ausente: \_\_\_\_\_ Niño(s) del Padre Ausente: \_\_\_\_\_

Razón por la ausencia:

Adopción de Padre/Madre Soltero/a  Divorcio  Separación  Separación Legal

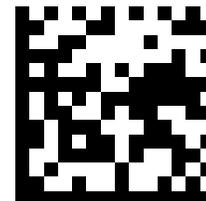
Fallecimiento  Encarcelación  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre Ausente: \_\_\_\_\_ Niño(s) del Padre Ausente: \_\_\_\_\_

Razón por la ausencia:

Adopción de Padre/Madre Soltero/a  Divorcio  Separación  Separación Legal

Fallecimiento  Encarcelación  Otro: \_\_\_\_\_

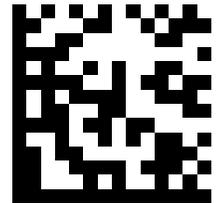


D13313000591222

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

64. ¿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)



D13313000591322

Inscrito  No Inscrito, pero disponible  Cancelado, fecha de cancelación: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de el/los individuo(s) con cobertura: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ N° de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ N° de Póliza: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Frecuencia de Pago \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro:  Médico  Dental  Limitado  Comprensivo  
Fecha Inicio: \_\_\_\_\_ Cobertura: \_\_\_\_\_

65. ¿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

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

67. Si respondió "Sí" a las preguntas 65 ó 66, 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? .....  Sí  No

Departamento de Policía: \_\_\_\_\_ N° del Reporte Policial: \_\_\_\_\_

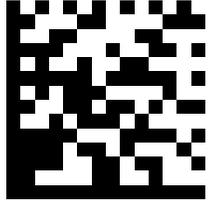
Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_ N° de Teléfono: \_\_\_\_\_

68. ¿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? \_\_\_\_\_

**FIRMA**



D13313000591422

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 fiel 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 , antiguamente llamada el Acta de Estampillas de Alimentos [Food Stamp Act ]). 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) \_\_\_\_\_

**Representantes de Asistencia Alimenticia, Asistencial Financiera y Asistencia para el Cuidado Infantil**

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 \_\_\_\_\_

Tipo de Representante:  Defensor Comunitario  Representante de un Agencia  ARC  Familiar  Otro  
¿Alguien tiene poder legal para cualquier persona en su hogar? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

**Representantes Médicos**

¿Le gustaría que se le envíe un formulario por correo para conceder autorización de acceso a un representante autorizado para su caso? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

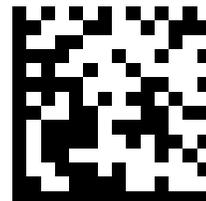
**Registración para Votar:**

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 registrarse para 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 u otra preferencia 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

(Guarde esta información para sus registros)



D13313000591522

## 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](http://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:

- 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

Puedes 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 Utah Horizon. Para la Asistencia Médica, usted recibirá una tarjeta específica para servicios médicos todos los meses.

### **Instrucciones Básicas para la tarjeta Utah Horizon.**

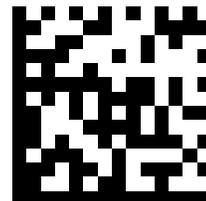
Para activar su tarjeta y seleccionar un número de identificación personal (PIN) llame al departamento de servicio al cliente de Utah Horizon. Este número de teléfono se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta.

- Guarde su tarjeta Utah Horizon aún si su caso se cierra. Esto le ahorrará tiempo si solicita beneficios de nuevo en el futuro.
- 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.
  - 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.

El departamento de servicio al cliente de Utah Horizon se encuentra disponible 24 horas al día, y 7 días por semana. Llame el departamento de servicio al cliente 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 o al 1-866-453-7414.



D13313000591622

### **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 Utah 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.

<b>Primera Letra de su Apellido</b>	<b>Fecha Disponible</b>
A - G	el 5 del mes
H - O	el 11 del mes
P - Z	el 15 del mes

### **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. Si usted es un adulto apto sin dependientes (ABAWD), también debe informar si usted ya no está trabajando 20 horas a la semana en el trabajo.

### **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.

Se le puede requerir que:

- Registrarse para buscar empleo
- Completar los talleres que se le requieran
- Completar actividades de búsqueda de empleo

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

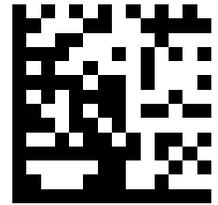
## ***Participación en Actividades de Adultos Aptos sin Dependientes de Asistencia Alimenticia (ABAWD)***

ABAWD son los adultos que están aptos para trabajar y que no han tenido una diagnosis médica de una discapacidad y que no tienen niños dependientes viviendo en el hogar. El Programa de Asistencia Alimenticia permite que los que cumplen con los requisitos de ABAWD reciban beneficios de Asistencia Alimenticia por 3 meses en un período de 36 meses sin tener que participar en actividades de empleo y entrenamiento para las personas aptas para empleo. Después de los tres primeros meses, se requiere que un adulto apto para el empleo participe en estas actividades a menos que cumplan con una exención de participación.

Se le podría requerir:

- Registrarse para buscar empleo
- Reunirse con un Asesor de Empleos
- Completar los talleres que se le requieran
- Completar actividades de búsqueda de empleo

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



D13313000591722

## **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

### ***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 Visa.

Usted también puede retirar sus beneficios en dinero efectivo en la mayoría de los cajeros automáticos ATM y máquinas junto a cajas de las tiendas.

- 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.

Si se le emiten beneficios financieros para los cuales usted no calificaba en su cuenta Utah Horizon, los fondos pueden ser retirados y devueltos al Estado de Utah sin notificarle previamente a usted de este retiro. Usted recibirá una notificación después de que los beneficios financieros se hayan retirado.

### ***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) 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.

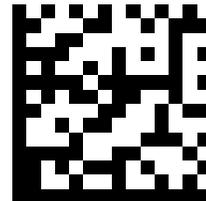
- Si usted recibe el sustento de menores para algún niño en su hogar, se le requerirá que haga el proceso de transferencia de estos fondos al Estado de Utah mediante el Office of Recovery Services (oficina a cargo de recaudar el sustento de menores).
- Si usted no recibe el sustento de menores para un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



D13313000591822

### **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.

### ***Elegibilidad para la Asistencia de Cuidado Infantil***

Su hogar debe incluir un niño elegible menor de 12 y/o un niño con necesidades especiales menor de 18 años.

- Un padre/madre soltero(a) debe trabajar un promedio de 15 horas por semana.
- En una familia con ambos padres: uno de los padres tiene que trabajar un promedio de 15 horas por semana, y el otro padre tiene que trabajar un promedio de 30 horas por semana.
- El Cuidado Infantil también puede ser aprobado para el entrenamiento si el/los padre(s) cumple(n) con los requisitos mínimos de trabajo y puede(n) completar el entrenamiento dentro de 24 meses. Se requerirá información adicional.

### ***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](http://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 de cuidado infantil 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 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 Interactive Voice Response (IVR) que se encuentra en el Internet en [http://jobs.utah.gov/customereducation/services/childcare/paying\\_provider.html](http://jobs.utah.gov/customereducation/services/childcare/paying_provider.html)
- Si usted selecciona un **miembro de la familia, amigo o vecina** como su proveedora, usted recibirá un cheque a nombre de dos personas como pago.

NOTA: siempre revise myCase para ver cuánto dinero ha sido autorizado para su proveedor de cuidado infantil (s) antes de pagarle. El subsidio de cuidado infantil sólo debe ser utilizado para pagar a un proveedor aprobado por un mes de servicio autorizado. Todo el dinero de cuidado de niños no utilizado en su tarjeta Utah Horizon NO debe usarse para pagar por meses no autorizados de servicios de cuidado infantil o a un proveedor no aprobado. El Utilizar fondos de esta manera puede resultar en un sobrepago a DWS.

### ***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 familiar, amigo o vecina:** El Formulario 980 – Formulario de Subvención Para el Cuidado Infantil y el Formulario PR01– Registración de Proveedores Exentos de Licencia

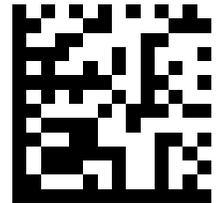
Estos formularios se le enviarán por correo y también se pueden imprimir en cualquier momento desde el internet en *myCase*.

## Otra Información

### Pases Descontados para Autobuses de UTA

Usted puede usar el valor en dinero efectivo de su tarjeta Utah 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 de calendario.
  - 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.



D13313000591922

Para averiguar dónde se puede comprar un pase descontado de autobús con el valor en beneficios en efectivo de la tarjeta Utah 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>
- Reglamentos de Asistencia Alimenticia, Financiera y de Cuidado Infantil: [http://jobs.utah.gov/infosource/eligibilitymanual/eligibility\\_manual.htm](http://jobs.utah.gov/infosource/eligibilitymanual/eligibility_manual.htm)

#### **Asistencia Alimenticia**

- Folleto de Asistencia Alimenticia (#313): <http://snap.ntis.gov/pdf/313S.pdf>
- WIC: <http://health.utah.gov/wic/>

#### **Asistencia Financiera**

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

#### **Cuidado Infantil**

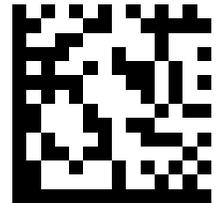
- Transferencia de Fondos para el Cuidado Infantil con Sistema IVR: [http://jobs.utah.gov/customereducation/services/childcare/paying\\_provider.html](http://jobs.utah.gov/customereducation/services/childcare/paying_provider.html)
- Busque cuidado infantil de calidad: <http://careaboutchildcare.utah.gov>

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### SUS DERECHOS

- Usted tiene el derecho a ser tratado con cortesía, dignidad y respeto.
- 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.
- 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 de piel, 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), y el programa de UPP sólo serán aceptadas durante los periodos de inscripción abierta.

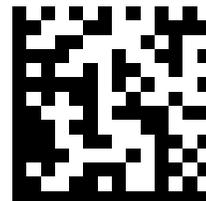
- Usted tiene el derecho de saber si su solicitud fue aprobada o denegada, y también la razón por la decisión.
  - Para la Asistencia Alimenticia - su asistencia debe ser otorgada a todas las personas que califiquen en su hogar dentro de los primeros 30 días de haber entregado su solicitud.
  - Para la Asistencia Médica, Asistencia Financiera y del Cuidado Infantil, la decisión se tomará dentro de 30 días. Si su petición para la Asistencia Médica, 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 con anticipación 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 malentendidos 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 imparcial 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.



D13313000592022

## 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](http://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"), 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



D13313000592122

- 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.

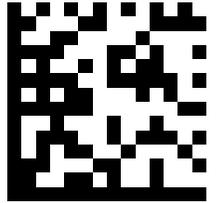
## VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

- 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.

## 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 dé su Asistencia Alimenticia a 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.

- **Si desobedece cualquiera de estas reglas, puede ser 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.



D13313000592222

#### **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.