

SOLICITUD DE ASISTENCIA

Bienvenido al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de NH División de asistencia familiar (DFA)

Para presentar su solicitud para los programas y servicios que ofrecemos, debe completar esta *Solicitud de asistencia*, tener luego una entrevista, y darnos pruebas de las circunstancias de su unidad familiar. Lea toda la información que le hemos proporcionado y responda todas las preguntas lo mejor que pueda. **No responda a nada que no comprenda.** Si necesita ayuda para completar esta *Solicitud*, infórmenos. **Tiene el derecho de presentar su solicitud inmediatamente, siempre que contenga el nombre y la dirección del solicitante y la firma de un miembro de su unidad familiar responsable o el representante autorizado de la unidad familiar.** Sin embargo, podremos establecer más rápidamente si puede obtener beneficios si completa la *Solicitud* entera. Si únicamente le interesan los beneficios de cupones de alimentos y piensa completar toda la *Solicitud*, complete todas las secciones salvo la Sección I.

La asistencia de DFA se basa en sus ingresos. Algunos programas de DFA también se fijan en el valor monetario de cosas que usted posee, sus "activos", para determinar si cumple con los requisitos para los programas que ofrecemos.

Beneficios de cupones de alimentos (*Food Stamps*, abreviado FS)

El Programa de cupones de alimentos ayuda a personas de bajos ingresos a comprar los alimentos que necesitan para mantenerse saludables. Deberá tener una entrevista con un empleado del DHHS para determinar si cumple con los requisitos para este programa. Sus beneficios de FS se basan en la fecha de la solicitud, que es la fecha en la que la Oficina del Distrito recibe su solicitud completada. Si es residente de una institución y está solicitando beneficios de SSI y cupones de alimentos antes de salir de la institución, la fecha de presentación de su solicitud es la fecha en que salga de la institución. Con una identificación, podría obtener beneficios de FS de emergencia en el transcurso de 7 días calendario si:

- Tiene menos de \$150 de ingresos mensuales brutos y no más de \$100 en recursos líquidos;
- Tiene costos de refugio mayores a sus ingresos brutos y recursos líquidos, o
- Es un trabajador rural migratorio o temporal, destituido según la definición de 7 CFR 273.10(e)(3)

Números del Seguro Social (SSN)

La Ley federal de privacidad de 1974, con sus modificaciones siguientes, requiere que le informemos sobre las leyes que nos permiten solicitar el SSN de cada persona que solicite asistencia, si es obligatorio que nos lo diga y lo que haremos con él. Se requieren los SSN para los siguientes programas. Después de cada programa, está la ley o reglamentación que nos exige que pidamos estos SSN:

- FANE: 42 USC 405(c)(2), 45 CFR 205.52, RSA 167:4-c y RSA 167:79,iii(h).
- Cupones de alimentos: RSA 167:4-c, Ley de cupones de alimentos de 1977 y sus modificaciones, 7 USC 2011-2036, 7 CFR 273.2(b)(4) & y CFR 273.6.
- Asistencia médica y otros tipos de asistencia financiera: RSA 167:4-c, Sección 2651 de PL 98-369, 42 CFR 435.910,42 CFR 435.920 y 42 USC 1320b-7.

Toda persona que desee obtener asistencia mediante los programas anteriores debe proporcionar un SSN o solicitar un SSN en la Administración del Seguro Social (SSA). Los miembros de su unidad familiar que no deseen solicitar beneficios no tienen que proporcionar un SSN. Si presenta una solicitud únicamente para algunos miembros de su familia, como por ejemplo un padre que solicite asistencia médica para un solo hijo, solo tiene que darnos el SSN de su hijo o solicitar un SSN para su hijo. La elegibilidad de su hijo para obtener cobertura médica no se verá afectada si solo nos da el SSN de su hijo.

Si no proporciona un SSN por cada persona que está presentando una solicitud para los programas indicados, su solicitud podría ser denegada o podría obtener menos beneficios. Si alguien necesita ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. TTY: 1-800-325-0778.

Los solicitantes que solo deseen cuidado infantil no tienen que proporcionar un SSN, pero si proporcionan SSN, podría ayudar a abreviar el proceso de verificación de elegibilidad.

Pedimos los SSN para verificar la identidad, los ingresos generados y no generados e información sobre recursos que usted nos da. Lo compartiremos y verificaremos con:

- entidades federales, estatales y locales;
- oficinas dentro de DHHS según lo que permita la ley federal;
- bases de datos de empleo y desempleo;
- el Servicio de Renta Interna ("IRS") y SSA;
- entidades financieras y
- otros programas de correspondencia electrónica

La información se usará:

- para determinar si califica o sigue calificando para obtener la asistencia que solicitó;
- para determinar el monto de sus beneficios o errores en su elegibilidad o beneficios y
- en una investigación de sospecha de abuso de las leyes o reglas de un programa.

Podría divulgarse a agencias federales y estatales para su examinación oficial y a funcionarios de la ley a fin de dar captura a personas que estén huyendo de la ley. Si surge un reclamo por cupones de alimentos contra su unidad familiar, la información de esta solicitud,

incluidos todos los SSN, podría remitirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro, para medidas de cobro de reclamos.

No damos los SSN ni otra información sobre personas que no sean solicitantes a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) ni a otras agencias que no estén directamente vinculadas con programas y/o servicios ofrecidos por el DHHS.

Medicaid de emergencia para personas que no sean ciudadanos

Podría ofrecerse Medicaid de emergencia para ciertas personas que no sean ciudadanos, independientemente de su estado de inmigración, para cubrir ciertos servicios de emergencia, incluidos el trabajo de parto y parto. **No se necesitan los números del Seguro Social para solicitar Medicaid de emergencia.**

Ciudadanía e identidad

Debe declarar y demostrar el estado de ciudadanía o no ciudadanía de cada miembro de la unidad familiar que solicite asistencia. Quienes no sean ciudadanos y estén solicitando asistencia, salvo Medicaid de emergencia, deben proporcionar su documentación del USCIS como extranjeros que califican. La documentación de USCIS se verificará y el estado de no ciudadanos de los miembros de la unidad familiar que presenten su solicitud estará sujeto a verificación mediante la presentación de información de la solicitud al USCIS, y la información presentada recibida del USCIS podría afectar a la elegibilidad y los beneficios.

Pagos de seguros o médicos por terceros

Si usted está solicitando asistencia médica, recibir este tipo de asistencia es una cesión al DHHS de sus derechos a todos los pagos de seguros o médicos de terceros sin que nadie deba firmar otro formulario. Debe facturarse a todas las partes disponibles y todos los pagos resultantes deben aplicarse al costo de la atención médica antes de que el DHHS pague. Además, si recibe una liquidación o adjudicación de un tercero responsable, deberá devolver el pago al DHHS por los servicios médicos vinculados que hayamos pagado. RSA 167:14-a

Beneficios recibidos por error

Se exige que devuelva el pago de los beneficios o servicios que haya recibido por error, independientemente de si usted cometió un error en la información que nos proporcionó o que no nos proporcionó. Si recibe cupones de alimentos, debe devolver además el pago de cualquier beneficio que haya recibido por error si cometimos un error al procesar su caso.

Apoyo financiero o médico para niños

Si solicita pagos de TANF en efectivo, recibir esta asistencia es una cesión al DHHS de sus derechos a recibir apoyo financiero infantil. Sin firmar ningún otro formulario, le está dando a DHHS el derecho a cobrar y conservar los pagos por apoyo financiero para niños hechos en nombre de sus hijos que reciben asistencia. RSA 161-C:22

El DHHS cobra y conserva el apoyo para compensar en parte el monto de asistencia en efectivo que usted recibió. Si los pagos de apoyo equivalen o son mayores al monto que le dimos, su caso de asistencia en efectivo se cerrará y le enviarán los pagos de apoyo a usted.

Recibir Medicaid para sus hijos es una cesión de sus derechos a recibir apoyo médico infantil. Esto significa que debe colaborar con el DHHS para establecer y aplicar el apoyo médico para sus hijos. El apoyo médico infantil generalmente es un seguro médico proporcionado por el padre o madre ausente, pero también puede ser un monto en dólares pagado por el otro padre para que pueda adquirir seguro médico para sus hijos.

Si recibe dinero para adquirir un seguro médico, el Estado retendrá este dinero si recibe Medicaid para su hijo y lo utilizará para devolver el pago a los gobiernos estatal y federal. Si la paternidad de cualquiera de sus hijos que reciben Medicaid no está establecida, también debe colaborar con el DHHS para establecer la paternidad legalmente.

La cesión de derechos de apoyo es un requisito. Se le explicarán sus derechos y responsabilidades y la penalización por negarse sin una buena razón cuando se reúna con el empleado de la oficina de su distrito.

Fecha de inicio para la elegibilidad para Medicaid

En general, su elegibilidad para Medicaid comienza el día en que cumple con todos los requisitos para el programa que solicitó, incluido el límite de recursos.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

Este es el registro de su solicitud y será completado por un empleado del Departamento de Salud y Servicios Humanos y se le devolverá. El Departamento de Asuntos Exteriores (DFA, por sus siglas en inglés) ha recibido una

solicitud completada para _____ de _____ el _____

Oficina del distrito

Firma del empleado

SOLICITUD DE ASISTENCIA

A. Cuéntenos quién es y dónde vive.

Nombre y apellido: _____ Idioma principal: _____

Lugar de residencia actual: Hogar propio Centro de enfermería Hogar familiar para adultos Vida asistida
 Vivienda de congregación Sin hogar Hospital Hotel/Motel Centro de asistencia residencial Otro

Dirección: _____ Dirección postal: _____
 Ciudad/Estado/CP: _____ (si fuera diferente) _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Celular/mensajería: _____

Correo electrónico: _____ No tengo correo electrónico

¿Alguien de su familia tiene Medicare Parte A o B? S N

¿Por qué necesita nuestra ayuda? _____

Persona que proporciona la información: _____
 (si es diferente del solicitante) Nombre Dirección Teléfono

B. Cuéntenos sobre las personas con quienes vive. Comience con usted mismo e indique a TODAS las personas que viven con usted. No es necesario que dé el número del Seguro Social ni el estado de ciudadanía de las personas que no soliciten asistencia.

Nombre y apellido	SSN	F. de nac.	Relación con usted	¿Ciudadano estadounidense?	Estudiante (Sí o no. Si responde sí, indique el grado)	RID (Uso exclusivo de DFA)
1.			USTED MISMO	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
2.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
3.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
4.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
5.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
6.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

C. Quiero solicitar: (TIPOS DE ASISTENCIA SOLICITADA)

TODOS LOS PROGRAMAS Efectivo Cupones de alimentos Cuidado infantil

Cuidados basados en el hogar y en la comunidad (HCBC) Programas de ahorro de Medicare (MSP) [QMB/QWDI/SLMB/SLMB135]

Servicios de centro de enfermería (NF) – Nombre del centro: _____

Asistencia médica – si necesita asistencia médica para un niño, una mujer embarazada o el padre, madre o cuidador de un niño, también debe completar el adjunto titulado *Asistencia médica para niños, mujeres embarazadas y padres, madres o cuidadores.*

D. La siguiente información es recopilada para asegurar que todos sean atendidos en forma justa, sin importar su raza, color u origen nacional. Sus respuestas son voluntarias. La información que proporcione no afectará a su elegibilidad ni al monto de sus beneficios.

¿Es usted hispano o latino? Sí No

¿Es usted: blanco? S N asiático? S N nativo de Hawai u otra isla del Pacífico? S N
 negro o afroamericano? S N indígena americano o nativo de Alaska? S N

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:

RFA#	N.º de caso	Formularios entregados:	
Efectivo _____	ABIERTO CERRADO DENEGADO FECHA: _____	725	177
Cupones de alimentos _____	ABIERTO CERRADO DENEGADO FECHA: _____	DO: _____	
MA _____	ABIERTO CERRADO DENEGADO FECHA: _____	DO: _____	
CM/MCPW _____	ABIERTO CERRADO DENEGADO FECHA: _____	DO: _____	
Cuidado infantil _____	ABIERTO CERRADO DENEGADO FECHA: _____	DO: _____	

¡POR FAVOR, FIRME SU SOLICITUD EN EL REVERSO!

E. Háblenos sobre todos los ingresos de las personas de su hogar.

Su salario: \$ _____ semanal quincenal mensual
 Otros salarios: \$ _____ semanal quincenal mensual
 Otros salarios \$ _____ semanal quincenal mensual
 ¿Alguien perdió el trabajo recientemente? Sí No
 Si responde sí, ¿quién? _____ ¿Cuándo? ____/____/____

SSA/SSDI: \$ _____ Manutención del cónyuge: \$ _____
 SSI: \$ _____ Desempleo: \$ _____
 VA: \$ _____ Manutención infantil: \$ _____
 Pensión: \$ _____ Otro: \$ _____

G. Sus gastos:

Renta (mensual): \$ _____
 Hipoteca (mensual): \$ _____
 Renta de lote/tarifa de condominio (mensual): \$ _____
 Impuestos (por año): \$ _____
 Cuidado de dependientes: \$ _____
 Gastos médicos: \$ _____
 Costo de hacer negocios: \$ _____

¿Ha recibido más de \$20 en asistencia para combustible durante los últimos 12 meses?
 Sí No

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

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

F. Háblenos sobre todos los activos de las personas de su hogar.

Cuenta cheques/ ahorros \$ _____ Otra cta. ch/ ahorro \$ _____
 Acciones / bonos / CD \$ _____ IRA: \$ _____
 Su anualidad o la de su cónyuge: \$ _____ Otros activos: \$ _____
 Fideicomisos: \$ _____ Seguro de vida: \$ _____
 Vehículo (año/modelo): _____ Vehículo (año/modelo): _____

H. Responda todas las preguntas.

1. ¿Es usted inmigrante o trabajador agrícola de estación? Sí No
 2. ¿Recibió usted o algún miembro de su unidad familiar asistencia de cupones de alimentos para este mes? Sí No
 3. ¿Está viviendo actualmente en un refugio para personas maltratadas? Sí No
 4. ¿Es alguien de su unidad familiar ciego o discapacitado? Sí No
 5. ¿Ha vendido o transferido alguna propiedad en los últimos 5 años? Sí No
 6. ¿Recibe actualmente alguien de su unidad familiar asistencia de otro estado? Sí No
 Si respondió sí, ¿qué estado? _____ ¿Qué tipo de asistencia? _____

I. ¿Quiere únicamente cupones de alimentos? Si es así, puede pasar directamente a la Sección J. Si desea dinero en efectivo, ayuda médica o con cuidados infantiles, responda a todas las preguntas de esta Sección antes de pasar a la Sección J.

1. ¿Alguien de su unidad familiar está embarazada o ha dado a luz en los últimos 3 meses? Sí No
 2. ¿Tiene alguna factura médica no pagada de los últimos 3 meses con la que querría ayuda? Sí No
 3. Si está solicitando asistencia financiera para familias necesitadas (*Financial Assistance to Needy Families*, (FANF), ¿el nombre del padre está en blanco o "no declarado" en el certificado de nacimiento de alguno de sus hijos? Sí No
 4. Si está presentando su solicitud para FANF, ¿cuántos padres ausentes? _____
 5. ¿Usted o algún otro miembro de su unidad familiar tienen cobertura de seguro médico distinta de Medicaid? Sí No
 Si respondió sí, ¿nombre del asegurador? _____ Número de póliza: _____

J. Firmas

CERTIFICO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE HE REVISADO LA INFORMACIÓN QUE FIGURA EN ESTA SOLICITUD, INCLUIDA TODA LA INFORMACIÓN INDICADA EN EL INSERTO; QUE ES VERDADERA A MI LEAL SABER Y ENTENDER, INCLUIDA LA INFORMACIÓN RESPECTO DE LA CIUDADANÍA Y ESTADO DE EXTRANJEROS DE LOS MIEMBROS QUE SOLICITAN ASISTENCIA. COMPRENDO QUE PODRÍA SER NECESARIA LA REALIZACIÓN DE UNA ENTREVISTA SOBRE ELEGIBILIDAD FINANCIERA Y MÉDICA COMPLETA ANTES DE QUE SE PUEDA DETERMINAR MI ELEGIBILIDAD.

 Firma del solicitante Fecha

 Firma de la persona que ayuda al solicitante Fecha Relación con el solicitante

Retiro mi solicitud de: Efectivo Asistencia médica Cupones de alimentos Cuidados infantiles HCBC/NF MSP

 Firma Fecha

Certifico que he dado a la(s) persona(s) indicada(s) anteriormente la oportunidad de revisar esta solicitud. Certifico además que les proporcioné una copia de este formulario, si la solicitaron.

Nombre y firma en imprenta

Título / Agencia

Fecha

SOLICITUD: SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Límites de tiempo

Solo puede recibir Ayuda económica para familias necesitadas 60 meses en toda su vida. Los meses que recibió esta ayuda durante su infancia no cuentan para el límite de por vida. Su límite de tiempo empieza cuando recibe beneficios como adulto. **No hay límite de tiempo en Programas complementarios del estado, Asistencia médica, Beneficios de cupones de alimentos o ayuda para cuidado de menores.**

Apelación administrativa

Usted o alguien que lo represente puede solicitar una apelación administrativa, si no está satisfecho con cualquier decisión que el DHHS haya tomado respecto a su elegibilidad. Un abogado, usted mismo, u otra persona, como un familiar o un amigo, pueden representarlo en la apelación administrativa. El DHHS no pagará el costo de los servicios jurídicos, pero en NH encontrará servicios jurídicos gratuitos y a costo reducido. Puede solicitar una apelación administrativa verbalmente o por escrito, poniéndose en contacto con la Oficina de Distrito o el DHHS, 105 Pleasant Street, Concord, NH 03301-6521. Teléfono (603) 271-4292 o 1-800-852-3345 ext. 4292; Acceso TDD: Transmisión NH 1-800-735-2964 o 711.

Control de calidad

Su caso se puede seleccionar para un control de calidad u otra revisión gubernamental. Dicha revisión implica una investigación a fondo de la situación económica o médica de su hogar, vivienda y otras circunstancias. Podemos comunicarnos con bancos, empleadores, empresas, comerciantes, proveedores de cuidado de menores y otras fuentes apropiadas, respecto a su núcleo familiar y las declaraciones que hizo al DHHS. **No cooperar en estas revisiones podría tener como consecuencia la pérdida de sus beneficios.**

Información de cambios

Periódicamente deberá realizar la revisión completa de sus circunstancias. Su caso de ayuda de dinero en efectivo, cuidado de menores y cupones de alimentos se podría cerrar, y/o su elegibilidad para recibir asistencia médica podría verse afectada, si no llena totalmente el formulario y lo devuelve antes de la fecha de vencimiento, y asiste a una entrevista personal, si fuera necesario.

Si solamente recibe beneficios de cupones de alimentos y su período de elegibilidad es de 4, 5 o 6 meses, solo tiene que informar los cambios en las circunstancias de su hogar que llevarían a que el ingreso total de su hogar estuviera por encima del 130 % del nivel de pobreza.

Si recibe dinero en efectivo, cuidado de menores, asistencia médica, o si su período de elegibilidad para cupones de alimentos no es de 4, 5 o 6 meses, debe notificar al Departamento en el plazo de 10 días calendario después del cambio, en caso de las modificaciones que afecten la elegibilidad, tales como:

- fuente de ingresos;
- horas trabajadas por un integrante del hogar;

- monto de los ingresos de cualquier integrante de su hogar;
- todos los cambios en el hogar, como matrimonios, divorcios, nacimientos, abandono del hogar por los hijos, etc.;
- proveedor de cuidado de menores;
- recursos (por ejemplo, dinero en efectivo, acciones, bonos, o dinero en un banco o cuenta de ahorros);
- recibo de un pago único o pago de beneficios;
- residencia, o costos de albergue; o
- gastos de cuidado de dependientes, pago de manutención de menores o deducciones médicas, u otros cambios que puedan afectar la cantidad de beneficios de su hogar.

Protección de asistencia médica para los beneficiarios del seguro social

Si recibe ayuda de dinero en efectivo en virtud del programa OAA, ANB o APTD, y un aumento por costo de vida en su seguro social o este aumento combinado con un incremento en otros ingresos, lo descalifica para recibir ayuda económica, aún puede tener derecho a asistencia médica, en virtud de la Enmienda Pickle.

Una vez que empiece a recibir asistencia médica en virtud de la Enmienda Pickle, los futuros aumentos por costo de vida en su seguro social no afectarán su elegibilidad. Sin embargo, puede haber otros cambios en sus circunstancias que lo descalifiquen para recibir asistencia médica.

Si cumple los requisitos para recibir dinero en virtud de alguno de los programas anteriores, pero elige no recibir el pago, **NO** tendrá derecho a esta protección de su asistencia médica en virtud de la Enmienda Pickle.

Aviso a las familias inmigrantes

Si recibe ayuda con atención médica o cupones de alimentos, esto no afectará su situación de inmigración. Si usted o integrantes de su familia usaron o recibieron Medicaid o cupones de alimentos, esto no afectará su capacidad ni la de los integrantes de su familia para convertirse en ciudadanos de los Estados Unidos.

Sin embargo, si obtiene ayuda de dinero en efectivo como TANF o ayuda para pagar la atención en un hogar de ancianos, esto podría crear problemas para convertirse en ciudadano de EE.UU., especialmente si los beneficios son las únicas fuentes de ingresos de su familia. Antes de hacer la solicitud, es posible que desee hablar con una organización que ayude a inmigrantes con cuestiones legales, o ponerse en contacto con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. (USCIS, por sus siglas en inglés).

¡ATENCIÓN!

Verificaremos todo lo que nos diga o entregue:

- a nivel federal, estatal y local, y también
- a través de contactos colaterales o programas de cotejo electrónico de datos con otras herramientas de verificación electrónica, tales como, entre otras, USCIS, IEVS, registros de estado civil, SSA, bases de datos de instituciones financieras y de empleo.

Hacemos esto para confirmar que cumple los requisitos de nuestros programas y determinar sus beneficios. Si alguno de los datos que obtengamos a partir de estas fuentes no coincide con la información que nos proporcionó, podremos denegarle la asistencia, sus beneficios podrán cambiar y se le podrá iniciar un proceso penal por proporcionar información falsa a sabiendas. Puede prohibirse la participación en los programas de ayuda de dinero en efectivo, ayuda para cuidado de menores y cupones de alimentos, a cualquier integrante de su núcleo familiar que infrinja intencionalmente cualquiera de estas normas, por períodos que varían desde un año hasta permanentemente. En el Programa de cupones de alimentos también pueden multarlo hasta con \$250,000, encarcelarlo hasta por 20 años o ambos, y será sometido a juicio en virtud de las leyes estatales y federales pertinentes por infringir la Ley de cupones de alimentos.

NO

- **No** dé información falsa ni oculte información para obtener o continuar recibiendo beneficios.
- **No** comercialice ni venda beneficios de cupones de alimentos a nadie que no esté autorizado a usarlos para su familia.
- **NO** use sus beneficios de cupones de alimentos para comprar artículos que no cumplen los requisitos.
- **No** use ningún beneficio que su familia no tenga derecho a recibir.
- **No** revele el PIN de su Tarjeta de Transferencia Electrónica de beneficios (EBT) a nadie.
- **No** use servicios de cuidado de menores pagados por DHHS, para actividades relacionadas con el empleo no autorizadas por el DHHS.
- **No** use su tarjeta EBT o efectivo de su tarjeta EBT en locales en los que más del 50 % de su inventario visible sea el alcohol, o que se dediquen principalmente a las perforaciones y marcas corporales o a los tatuajes; establecimientos de juego, o locales/puestos/tiendas de cigarrillos, pipas, cigarrillos o tabaco, o negocios en los que más del 50 % del inventario visible en venta o alquiler sea entretenimiento dirigido a adultos.

Identidad y residencia

Las personas que el DHHS determine que han hecho o que sean condenadas por haber hecho una declaración o afirmación fraudulenta, con respecto a la identidad o lugar de residencia, a fin de recibir beneficios múltiples al mismo tiempo, no serán elegibles para los beneficios de ayuda económica y cupones de alimentos durante 10 años.

Tráfico de beneficios de cupones de alimentos

Cualquier persona declarada culpable en un tribunal de justicia por comercializar una sustancia controlada a cambio de beneficios de cupones de alimentos (FS, por sus siglas en inglés), tendrá prohibido participar en el Programa de cupones de alimentos por 24 meses la primera vez y para siempre la segunda. Cualquier persona declarada culpable en un tribunal de justicia por comercializar municiones, armas de fuego o explosivos a cambio de beneficios de cupones de alimentos o cualquier tráfico de beneficios de cupones de alimentos por más de \$500

perderá para siempre el derecho a recibir beneficios de cupones de alimentos.

Fraude de asistencia médica

La Sección 1128B de la Ley del Seguro Social contempla sanciones federales por actos fraudulentos y declaraciones falsas en relación con su solicitud o para recibir beneficios de asistencia médica.

Una persona puede ser enjuiciada en un tribunal federal por hacer intencionalmente declaraciones falsas que afecten las condiciones de elegibilidad para cualquier beneficio o pago en virtud del programa de asistencia médica.

También se puede procesar a una persona por ocultar u omitir hechos que afecten su derecho a cualquier beneficio o pago, o por su uso distinto al previsto. La ley también contempla sanciones por soborno, coima o descuento en relación con el suministro de asistencia médica.

La condena por un delito podría dar como resultado la pérdida de los beneficios de asistencia médica por un período que no supere un año. Las sanciones son multas de hasta \$25,000 o encarcelamiento por no más de 5 años, o ambas.

Declaraciones falsas o infracciones al programa deliberadas (IPV)

Cualquier persona que hace una declaración falsa deliberada o tergiversa sus circunstancias u oculta intencionalmente la recepción de propiedades, salarios, ingresos o recursos, o cualquier cambio en las circunstancias que afecten sus condiciones iniciales o continuas de elegibilidad para recibir beneficios de asistencia, puede ser declarada culpable de violar la ley del estado. Las sanciones son: delito grave de clase A, cuando el valor de la recompensa monetaria o bienes o servicios es superior a \$1,000; delito grave de clase B cuando el valor supera los \$100; y delito menor cuando el valor no supera los \$100. RSA 167:17-b y 17-c.

Cualquiera que cometa una infracción al programa deliberada (IPV, por sus siglas en inglés) en el Programa de cupones de alimentos, no podrá obtener estos beneficios por 12 meses, en el caso de la 1.^a infracción, 24 meses por la 2.^a infracción, y permanentemente, por una 3.^a IPV.

RESUMEN DE SOLICITUD: DECLARACIÓN DE COMPRENSIÓN

INICIALES

TODOS LOS PROGRAMAS

Declaro que he leído "Sus derechos y responsabilidades", y los comprendo.

Entiendo que el DHHS conservará mi información sobre elegibilidad y del caso en forma confidencial, y solamente será revisada por las personas involucradas en la administración de los programas del DHHS o que estén autorizadas por la normativa federal o la ley estatal.

Entiendo que, a pesar de otras normas sobre confidencialidad, es necesario informar los nombres de los niños en los cupones de alimentos y/u hogares FANF, para que pueda determinarse su elegibilidad automática para comidas gratuitas en la escuela.

Entiendo que debo suministrar pruebas de mi situación de vivienda, lo que he escrito en la solicitud y lo que he contado al DHHS.

Entiendo que la información que proporcioné será verificada por contactos colaterales y/o funcionarios federales, estatales y locales, y que si se determina que dicha información es incorrecta o falsa, o que he ocultado deliberadamente información relacionada con la recepción de asistencia, actualmente o en el futuro, podría perder mis beneficios y ser procesado por fraude.

Entiendo que mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza al DHSS a verificar que cualquier persona en mi grupo de asistencia (AG, por sus siglas en inglés) o yo cumplimos los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia, y autoriza la divulgación de dicha información al DHSS. Mi autorización para divulgar información al DHHS sigue vigente durante el tiempo que yo o alguien de mi AG recibamos cualquier tipo de ayuda del DHHS.

Entiendo que mi firma a continuación **y/o** en la solicitud autoriza al DHHS y a cualquier tercero contratado a verificar mis ingresos, identidad y bienes, y los ingresos, identidad y bienes de cualquier otra persona cuyos ingresos, identidad y bienes sean necesarios para determinar la elegibilidad para la asistencia que solicito. No otorgar o revocar el permiso para llevar a cabo estas verificaciones dará como resultado la denegación o terminación de la asistencia.

Programas en efectivo y de cupones de alimentos

Declaro que, si solicité FANF, se me ha explicado la opción de violencia doméstica y que la entiendo.

Declaro que, si solicité FANF, obtuve información escrita sobre el tratamiento de la suma total de ingresos.

Entiendo que el recibo de asistencia en efectivo, en virtud del programa de ayuda de dinero en efectivo TANF, es una asignación al DHHS de los derechos de cada receptor de obtener ayuda para la manutención de los hijos y del cónyuge.

Entiendo que, si obtengo asistencia en efectivo por parte del DHHS, el monto en efectivo que obtenga podría dar lugar a la terminación o reducción de mis beneficios FS. También entiendo que, si esto sucediera, este cambio no se me notificará con anticipación.

Entiendo que, para obtener un pago en efectivo de cualquier programa de la DFA, tengo que cumplir los requisitos para obtener el efectivo todos los días de todo el período de pago. Si no cumplo los requisitos para obtener efectivo en cualquier momento durante dicho período de pago, entiendo que no se me emitirá ningún pago en efectivo.

Entiendo que en NH, si cualquier persona de mi familia se fuga para evitar ser perseguido por un delito grave, o viola las condiciones de la libertad provisional o condicional, dicha persona no podrá recibir los beneficios de dinero en efectivo o FS, hasta haber cumplido con sus obligaciones legales en relación con el delito grave, o las violaciones a la libertad provisional o condicional. Mi firma a continuación es mi declaración jurada de que ningún integrante de mi familia está en este momento en situación de fuga para evitar ser perseguido por un delito grave ni viola las condiciones de la libertad provisional o condicional.

Entiendo que el uso de mi tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) para recibir beneficios FS o de dinero en efectivo es controlado por mi Número de Identificación Personal (PIN) de 4 dígitos, que soy responsable de la seguridad de mi tarjeta EBT y de mi PIN, y que los beneficios EBT no se devolverán si alguien usa mi tarjeta EBT una vez que yo la haya activado.

Entiendo que no puedo usar mi tarjeta EBT o efectivo de mi tarjeta EBT en locales en los que más del 50 % de su inventario visible sea el alcohol, o que se dediquen principalmente a las perforaciones y marcas corporales o a los tatuajes; establecimientos de juego, o locales/puestos/tiendas de cigarrillos, pipas, cigarrillos o tabaco, o negocios en los que más del 50 % del inventario visible en venta o alquiler se considere entretenimiento dirigido a adultos, en virtud de RSA 650:1,III, y que si utilizo mi tarjeta EBT o efectivo de mi tarjeta EBT en cualquiera de estos lugares, deberé abonar una multa en efectivo como sanción, de conformidad con RSA 167:7-b y He-W PARTE 608.

POR FAVOR ESCRIBA SUS INICIALES Y FIRME AL DORSO

Programas en efectivo y de cupones de alimentos (continuación)

INICIALES

Entiendo que si no uso mis beneficios de cupones de alimentos de mi tarjeta EBT durante 365 sucesivos, perderé esos beneficios y no los podré obtener de nuevo. Si no uso mis beneficios de dinero en efectivo durante 90 sucesivos, perderé esos beneficios y no los podré obtener de nuevo. Entiendo que seré descalificado del Programa de cupones de alimentos y puedo ser procesado judicialmente, si uso mi tarjeta EBT para fines ilegales. Estas actividades ilegales incluyen vender mi tarjeta y PIN por dinero en efectivo, drogas u otros artículos, o intercambiar beneficios de cupones de alimentos por dinero en efectivo en un comercio minorista.

Entiendo que para obtener beneficios de cupones de alimentos, para recibir una deducción en los gastos por cuidado de menores, pagos de alquiler o hipoteca, servicios públicos u otros gastos de albergue, manutención de menores pagada a un integrante que no está en el hogar, o gastos médicos (solamente para ancianos o discapacitados), **debo** informar al DHHS sobre estos gastos y después suministrar pruebas de los mismos. No informar o verificar cualquiera de los gastos indicados antes, o el recibo de asistencia para combustible, podría significar que recibiré menos beneficios de cupones de alimentos cada mes, y se considerará como mi declaración de que mi hogar no quiere recibir una deducción por los gastos no declarados o no verificados.

Asistencia médica

Entiendo que al recibir asistencia médica asigno al DHHS mis derechos a todos los seguros médicos o pagos de terceros, inclusive atención médica infantil.

Entiendo que recibir asistencia médica significa que el DHHS debe poder obtener historias clínicas de proveedores médicos. Mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza a los proveedores médicos de mi familia a suministrar cualquier historia clínica al DHHS.

Entiendo que, si estoy en un hogar de ancianos, el DHHS debe poder intercambiar información sobre elegibilidad con el hogar de ancianos para administrar mejor el programa. Mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza el intercambio y permanece en vigor mientras reciba asistencia del DHHS para mi atención en un hogar de ancianos.

Entiendo que para los servicios de cuidado a largo plazo (hogar de ancianos y cuidado comunitario), estoy obligado a manifestar al DHHS mi interés o el de mi cónyuge en una renta vitalicia.

Entiendo que si mi cónyuge o yo solicitamos servicios de cuidado a largo plazo, cualquier renta vitalicia que mi cónyuge o yo hayamos adquirido o modificado a partir del 8 de febrero de 2006 inclusive, se considerará una transferencia de bienes por menos del valor razonable de mercado, a menos que se nombre al Estado beneficiario de por lo menos el monto de Medicaid pagado por los servicios de cuidado a largo plazo.

Entiendo que la atención médica que recibo en virtud del Programa de protección a la salud de NH requiere que me ponga en contacto con Seguridad en el Empleo de NH a efectos de encontrar trabajo, si estoy desempleado.

Beca NH para el cuidado de menores

Entiendo que solamente debo usar los servicios de cuidado de menores pagados por el DHHS para aquellas actividades relacionadas con el empleo autorizadas por el DHHS. Podría tener que reembolsar al DHHS por aquellos pagos realizados en momentos en que participé en otras actividades no autorizadas.

Firmas

Declaro, bajo pena de testimonio falso sin juramento, de conformidad con RSA 641:3, que he revisado esta información y la información que resume mi entrevista, y que es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

Firma de la persona que ayuda al solicitante

Fecha

Relación con el solicitante

Certifico que he dado a la(s) persona(s) que firma(n) arriba la oportunidad de revisar este documento, y que le(s) he explicado totalmente y le(s) he proporcionado una copia del Aviso de derechos y responsabilidades. También certifico que le(s) he dado una copia de esta página, si se solicitó.

Nombre en letra de imprenta y firma

Cargo/Agencia

Fecha

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Esta institución tiene prohibido discriminar sobre la base de la raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos religión y creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) prohíbe también la discriminación contra sus clientes, empleados y candidatos a empleo sobre la base de la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, reprimenda y, donde corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual o si todo o parte de los ingresos de la persona derivan de algún programa de asistencia pública o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad llevada a cabo o subvencionada por el Departamento. (No todas las bases prohibidas se aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo.)

Si desea presentar un reclamo por discriminación en un programa de derechos civiles ante el USDA, complete el Formulario de reclamo por discriminación en un programa del USDA en línea, visitando www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario o carta de reclamo completos por correo a US Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al fax (202) 690-7442 o por correo electrónico escribiendo a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del servicio de relé federal llamando al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (español).

Por cualquier otra información vinculada al Programa de asistencia nutricional complementaria (SNAP), las personas deben ponerse en contacto con el número de la línea directa de SNAP del USDA (800) 221-5689, disponible también en español, o llamar a las líneas directas/ números de información estatal (use este enlace para obtener un listado de números de líneas directas por estado) en línea en www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar un reclamo por discriminación contra un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

USDA y HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

También puede escribir al Ombudsman, NH DHHS, 129 Pleasant St., Concord, NH 03301-3857 o llamar al (603) 271-6941 o 1-800-852-3345 ext. 6941. Acceso TDD: Relé de NH 1-800-735-2964 ó 711.