



**Departamento de Servicios Humanos de Maryland
Administración de Inversiones Familiares
Solicitud de asistencia**

Fecha de recepción (Solo para uso de la agencia)

Su nombre (apellido, nombres)		Teléfono de casa		Teléfono del trabajo	
¿Dónde vive? (número y calle)		Depto. #	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la casa)				Teléfono celular	

¿Qué idioma habla? Inglés Español Otro _____
Si no habla inglés y necesita servicios de traducción gratuitos, llame a su administrador de casos o llame al 1-800-332-6347.
¿Qué tipo de asistencia necesita ahora? (Marque todo lo que necesita)
 Asistencia en efectivo Servicios de cuidado infantil Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
 Asistencia médica ¿Tiene alguna factura médica no pagada de los últimos 3 meses? Sí No
¿Tiene alguno de estos problemas?
 Servicio cortado Desalojo o ejecución hipotecaria No tiene un lugar para quedarse No tiene calefacción No tiene comida
 No puede pagar el cuidado de los niños otro: _____
¿Está usted o alguien en su hogar embarazada? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____ Fecha probable de parto _____
¿Está usted o alguien en su hogar discapacitado? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿qué discapacidad? _____

¿Qué tipo de asistencia reciben usted o algún miembro del hogar ahora o en el pasado? (Marque ahora si actualmente está recibiendo esta asistencia)		¿Con qué nombre?
Ahora	1.	1.
Ahora	2.	2.
Ahora	3.	3.

Si está solicitando el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) puede llenar todo el formulario y dárnoslo ahora. También puede llenar su nombre, dirección, firmar esta página y darnos la hoja. Luego, puede terminar el resto de la aplicación en casa y traerla o enviarla por correo a la oficina.
 Su beneficio SNAP se basa en la fecha en que usted firma esta solicitud y se la da al Departamento de Trabajadores Sociales. Usted puede recibir beneficios de SNAP de inmediato si cumple con una de las siguientes condiciones:
 ➤ El alquiler mensual o la hipoteca y los servicios públicos de su hogar son más que los ingresos y recursos de su hogar.
 ➤ El ingreso mensual bruto de su hogar es inferior a \$150, y sus recursos, como cuentas bancarias, son de \$100 o menos.
 ➤ Su hogar es un hogar de migrantes o trabajadores agrícolas estacionales.
 Si califica para recibir beneficios de SNAP de inmediato, los recibirá dentro de los 7 días a partir de la fecha en que firme el formulario; sin embargo, es posible que no obtenga beneficios acelerados del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, si es elegible, hasta que obtengamos un formulario de solicitud completo y lo entreviste.

SU FIRMA	FECHA
-----------------	--------------

Ir a página 2 → → → →

SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA

Oficina de LDSS	Programas solicitados o recibidos	AU ID #s
Nombre del administrador de casos		
Fecha de solicitud/determinación		MA #s

SERVICIO EXPEDIDO PARA BENEFICIOS DE SNAP (LOS CLIENTES NO DEBEN ESCRIBIR EN ESTA ZONA -SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA)

Los solicitantes que cumplan con los estándares a continuación son elegibles para recibir beneficios de SNAP dentro de los 7 días. El cliente debe ser entrevistado, ya sea en persona o por teléfono, con el fin de determinar la elegibilidad para el servicio acelerado. La solicitud debe estar debidamente llenada, firmada y verificada por la identidad antes de que se puedan emitir beneficios acelerados.
 1. ¿El ingreso total del hogar es este mes, antes de las deducciones, es menos de \$150 y el efectivo del hogar /ahorros es de \$100 o menos? Sí No
 Ingresos auto informados estimados para este mes= \$ _____ El alquiler mensual del hogar o el monto de la hipoteca = \$ _____
 Efectivo y Ahorros para todos los miembros = \$ _____ Estándar de servicios públicos correspondiente (SUA, LUA o real)= \$ _____
A. Ingresos totales y recursos líquidos= \$ _____ **B. Costos totales de vivienda= \$ _____**
 2. ¿El importe total de B. (Total de gastos de vivienda) es mayor que el total de A. (Ingresos totales y recursos líquidos)? Sí No
 3. ¿Los miembros del hogar son trabajadores agrícolas migrantes o estacionales cuyo dinero en efectivo y ahorros son de \$100 o menos? Sí No
Si la respuesta a una de las preguntas anteriores es sí, este hogar es potencialmente elegible para recibir beneficios de SNAP acelerados.
 4. Si hay otra razón por la que este hogar NO debe ser acelerado, enumere aquí: _____

Certifico que examiné a este solicitante para beneficiarse con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria Expedita (SNAP) y determiné que el hogar **era** elegible **no era** elegible para la emisión acelerada en este momento.

Firma del Administrador de Casos	Fecha
---	--------------

A. MIEMBROS DEL HOGAR

Llene los espacios en blanco para todos los que viven con usted. Enumere su propio nombre primero. El número de Seguro Social y la Ciudadanía son opcionales para los miembros que no solicitan beneficios. Utilice los siguientes códigos para llenar las columnas Ciudadanía, Raza y Etnia. Introduzca cada código que corresponda, utilizando al menos un código para cada persona.

Códigos de Etnicidad: 1=Hispano o latino, 2= No hispano/latino

Códigos de raza: usted puede elegir uno o más código de raza - 1=Indio americano / Nativo de Alaska
2= Asiático, 3=Negro/ afroamericano, 4=Nativo hawaiano / isleño del Pacífico, 5 =Blanco

Código de ciudadanía/inmigración: 1=Ciudadano de los Estados Unidos, 2=Residente permanente, 3=Asilado, 4=Extranjero con entrada condicional, 5=Con libertad condicional de 1 año o más, 6=Extranjero con deportación retenida, 7=Refugiado, 8=Cónyuge extranjero maltratado, hijo, o padre de niño(s)

Nota: No tiene que dar información sobre su raza o etnia. Si lo hace, ayudará a mostrar cómo obedecemos la Ley Federal de Derechos Civiles. No usaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no nos da su raza, no afectará a su solicitud. El administrador de casos introducirá un código de raza solo con fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar esta información.

Sólo responda las siguientes preguntas para cada persona que quiera beneficios ↓

SOLICITAR (Sí o No)	NOMBRE (Apellido, nombres)	¿Cómo están relacionados con usted?	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ORIGEN ÉTNICO	RAZA	EN LA ESCUELA (Sí o No)	ÚLTIMO GRADO COMPLETADO	CIUDADANO DE EE.UU. (Sí o No)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
		Propio								

¿Alguno de los miembros del hogar es un huésped? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____

B. ESTADO DE CIUDADANIA/ INMIGRACIÓN

Si alguien para quien usted está solicitando ayuda no es un ciudadano estadounidense, llene esta sección. SOLO RESPONDA ESTAS PREGUNTAS PARA CADA PERSONA QUE QUIERA BENEFICIOS. Si usted no es elegible para otros tipos de Asistencia Médica y está solicitando solo Medicaid de Emergencia, no tiene que llenar esta sección.

Miembro del hogar	Estado del INS	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada a EE. UU.:		Número INS:
Miembro del hogar	Estado del INS	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada a EE. UU.:		Número INS:
Miembro del hogar	Estado del INS	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada a EE. UU.:		Número INS:
Miembro del hogar	Estado del INS	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada a EE. UU.:		Número INS:
Miembro del hogar	Estado del INS	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada a EE. UU.:		Número INS:

C. REPRESENTANTE AUTORIZADO:

Usted puede elegir a una persona para solicitar por usted. También puede elegir a una persona para obtener sus beneficios a través de su Tarjeta de Independencia. Esta persona puede usar sus beneficios de la misma manera que usted. Si elige a alguien que le ayude, denos la siguiente información sobre la persona y marque lo que quiere que haga esta persona.

Nombre (apellido, nombres)	Relación	Número de teléfono	
Número, calle	Ciudad	Estado	Código postal

Marque lo que desea que haga el representante:

- Llenar la entrevista por usted Utilizar su tarjeta Independence (efectivo) Recibir sus avisos
 Firmar su solicitud Utilizar sus beneficios SNAP Recibir su tarjeta de Asistencia Médica

D. ESTUDIANTES

¿Algún miembro del hogar entre 18 y 50 años asiste a una escuela de educación superior (colegio, escuela vocacional o técnica)?

Sí No Nombre del estudiante _____

Escuela _____

¿Está empleado el estudiante? Sí No

¿El estudiante está recibiendo becas educativas o préstamos? Sí No Importe \$ _____

Monto de la matrícula \$ _____ Libros \$ _____ Aranceles \$ _____ Transporte \$ _____

E. RECURSOS/ACTIVOS

¿Alguien en su hogar tiene recursos o activos tales como una cuenta de cheques o de ahorros, acciones, bonos, efectivo, una propiedad que no sea el lugar donde usted vive, plan de entierro prepagado, fondo fiduciario, cuenta IRA o KEOGH?

Sí No En caso afirmativo, enumere a continuación:

NOMBRE DEL PROPIETARIO (Especificar si trabaja por cuenta propia)	TIPO DE RECURSO/ACTIVO	BALANCE/VALOR	UBICACIÓN (Nombre del banco, en casa, etc.)

F. TRANSFERENCIA DE ACTIVOS

¿Alguien en su hogar ha vendido, negociado o regalado cualquier propiedad, acciones, bonos, efectivo u activos en los últimos 36 meses (60 meses si se trata de un fideicomiso)?

Anterior propietario	Fecha de transferencia	¿Quién recibió el activo?	Tipo de activo

Valor real de mercado \$	Cantidad recibida \$	Motivo de la transferencia

G. INGRESOS GANADOS

¿Alguien en su hogar recibe algún ingreso por el empleo? Sí No En caso afirmativo, enumere todos los ingresos brutos **antes de las deducciones** (como el empleo completo o a tiempo parcial, el trabajo por cuenta propia, el trabajo de niñera, los trabajos ocasionales, el trabajo de día, los pagos de la habitación / huésped, etc.).

NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR (INCLUYE DIRECCION Y NUMERO DE TELÉFONO)	TASA DE PAGO	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS	IMPORTE POR PERÍODO DE PAGO	CON QUEDE FRECUENCIA SE RECIBE

H. CUIDADO DE PERSONAS DEPENDENTES

Si alguien en su hogar paga a alguien para que cuide a un niño o adulto discapacitado, llene esta sección:

Nombre del proveedor de atención médica	Teléfono	Nombre del proveedor de atención médica	Teléfono
Número	Calle	Número	Calle
Código postal del estado de la ciudad		Código postal del estado de la ciudad	
Miembro del hogar que recibe atención	¿Menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Miembro del hogar que recibe atención	¿Menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quién paga?	Costo \$	¿Quién paga?	Costo \$
Miembro del hogar que recibe atención	¿Menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Miembro del hogar que recibe atención	¿Menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quién paga?	Costo \$	¿Quién paga?	Costo \$

I. GASTOS DE APOYO A HIJOS/ALIMENTOS¿Algún miembro del hogar paga la manutención de niños ordenada por la corte a un miembro **QUE NO VIVE EN EL HOGAR?** Sí No En caso afirmativo, ¿quién es? (incluya pagos actuales, atrasos, seguro de salud)

NOMBRE, DIRECCION Y NUMERO DE TELEFONO DEL DEPENDENTE	IMPORTE PAGADO	PERSONA O AGENCIA PAGADA	CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA

J. OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS

Si alguien en su hogar recibe, solicita o se le denegó cualquier beneficio que se enumera a continuación, marque la casilla junto al beneficio.

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentos | <input type="checkbox"/> Manutención de niños | <input type="checkbox"/> Seguro social | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> Retiro ferroviario | <input type="checkbox"/> Pensión/beneficio para veteranos | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo | <input type="checkbox"/> Becas de educación o préstamos |
| <input type="checkbox"/> Compensación del trabajador | <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación | <input type="checkbox"/> Beneficios de mutual | <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad, enfermedad o maternidad |
| <input type="checkbox"/> Asignación militar | <input type="checkbox"/> Rentas por alquiler | <input type="checkbox"/> Beneficios de insalubridad | <input type="checkbox"/> Dinero de amigos o parientes |
| <input type="checkbox"/> Monto de dinero en efectivo | <input type="checkbox"/> Anualidad de la función pública | <input type="checkbox"/> Asistencia temporal en efectivo | <input type="checkbox"/> TDAP |
| <input type="checkbox"/> Ganancias de apuestas o lotería | <input type="checkbox"/> Dividendos de intereses de acciones, bonos, ahorros u otras inversiones | <input type="checkbox"/> Seguro Social por discapacidad | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

¿Acepta solicitar todos los beneficios que pueda tener derecho a recibir? Sí No**Si usted marcó sí para recibir, solicitar o ser denegado cualquier beneficio, llene a continuación:**

MIEMBRO DEL HOGAR	TIPO DE BENEFICIO	Aplicado		NÚMERO DE RECLAMO	Recibido		Cantidad
		sí	no		sí	no	

K. COSTOS DE VIVIENDA – Llène si está solicitando beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

¿Alguien en su hogar está pagando por alguno de los siguientes? Revise todos los pagados y responda a las preguntas.

√	Gastos	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	¿Quién paga?	√	Gastos	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	¿Quién paga?
	Alquiler					Agua			
	Hipoteca					Desagotes			
	Electricidad					Basura			
	Gas					Madera/Carbón			
	Aceite					Impuesto sobre la Propiedad			
	Expensas					Seguro de propietario			
	Teléfono					Otro			

¿Vive usted en: Vivienda pública Vivienda por Sección 8 Vivienda FMHA 515 Vivienda privada
 ¿La calefacción está incluida en el alquiler? Sí No ¿Paga una factura de electricidad por luces o cocina? Sí No
 Si la calefacción no está incluida en el alquiler, ¿Cuál es su fuente de calor? _____
 ¿Paga por el aire acondicionado? Sí No
 ¿Alguien le ayuda con sus costos de servicios públicos? Sí No En caso afirmativo, ¿quién?
 ¿Comparte alguno de los costos de vivienda mencionados anteriormente? Sí No En caso afirmativo ¿Con quién? _____
 ¿Tu parte? _____
 ¿Ha recibido asistencia energética en su dirección actual en los últimos 12 meses? Sí No

L. GASTOS MEDICOS – Llenar la sección correspondiente si solicita asistencia médica o beneficios de SNAP

Asistencia Médica – ¿Usted o algún miembro del hogar paga gastos médicos? Sí No

Beneficios de SNAP – ¿Usted o algún miembro del hogar paga gastos médicos para cualquier persona de 60 años o más, o cualquier persona que reciba beneficios por discapacidad? Sí No Enumere a continuación los gastos médicos que paga.

HABLE SOBRE ESTOS GASTOS CON SU ADMINISTRADOR DE CASO.

<input type="checkbox"/> Seguro de Salud/Medicare	\$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro médico/odontológico	\$ _____	Otros _____
<input type="checkbox"/> Dentaduras/anteojos/audífonos	\$ _____	<input type="checkbox"/> Costos de transporte	\$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Hospital	\$ _____	<input type="checkbox"/> Enfermería	\$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Atención de un asistente	\$ _____	<input type="checkbox"/> Gasto de farmacia	\$ _____	_____

CONSULTA DE DECLARACION DE VIVIENDA – Llène si está solicitando Asistencia Temporal en Efectivo o Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

1. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por:

a. ¿Un delito por ser líder de la droga a partir del 22 de agosto de 1996?

(Un líder de la droga, un supervisor, un financiero o un gerente que actúa como co-conspirador en una conspiración para fabricar, distribuir, ofrecer, transportar o traer al Estado una sustancia peligrosa controlada).

Sí NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

b. ¿Un distribuidor de volúmenes de droga a partir del 22 de agosto de 1996?

(Distribuidor de volumen - Un individuo, que fabrica, distribuye, ofrece o posee ciertas cantidades de una sustancia peligrosa controlada).

Sí NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

2. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado después del 7 de febrero de 2014 por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otros abusos de niños, agresión sexual como se define en la Ley de Violencia contra la Mujer de 1994, o una ley estatal similar, **y no** cumple con los términos de su sentencia?

Sí NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

3. ¿Hay alguien en su hogar que esté actualmente violando la libertad condicional o la libertad condicional o huyendo de la policía o de los tribunales?

Sí NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

4. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado a partir del 22 de agosto de 1996 en una corte federal o estatal por no decir la verdad sobre dónde vivían o su identidad con el fin de recibir beneficios de suplementos alimenticios o asistencia en efectivo de más de un lugar en el mismo mes?

Sí NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

5. ¿Ha condenado un tribunal a algún miembro de su hogar por comerciar o traficar con beneficios de SNAP de \$500 o más?

Sí NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

6. ¿Alguien en su hogar recibe beneficios bajo otra identidad o como miembro de otro hogar o en otro estado?

Sí NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

N. SEGURO MEDICO – Llène si está solicitando asistencia médica o asistencia temporal en efectivo

1. ¿Algún solicitante ha dado de baja una cobertura de seguro de salud en los últimos seis meses? SÍ NO
 2. ¿Alguien que solicita tiene algún seguro médico? SI NO Si ha respondido afirmativamente a la pregunta 2, llene la sección siguiente.

SEGURO DE SALUD NÚMERO 1

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NUMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO
---------------------------------	------------------	-----------------

MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTO(S) POR LA PÓLIZA	RELACIÓN DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA	MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTO(S) POR LA PÓLIZA	RELACIÓN DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA

DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Número	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
--------	-------	--------	--------	---------------	----------

COMPAÑÍA DE SEGUROS/MUTUAL

Nombre de la compañía de seguros

Número	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
--------	-------	--------	--------	---------------	----------

SEGURO DE SALUD NÚMERO 2

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NUMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO
---------------------------------	------------------	-----------------

MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTO(S) POR LA PÓLIZA	RELACIÓN DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA	MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTO(S) POR LA PÓLIZA	RELACIÓN DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA

DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Número	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
--------	-------	--------	--------	---------------	----------

COMPAÑÍA DE SEGUROS/MUTUAL

Nombre de la compañía de seguros

Número	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
--------	-------	--------	--------	---------------	----------

O. SEGURO DE VIDA, PLANES DE FUNERALES o FONDOS DE ENTIERRO – Llène si está solicitando Asistencia Médica o Asistencia Temporal en Efectivo

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA	VALOR NOMINAL O VALOR DEL PLAN	VALOR EN EFECTIVO	NÚMERO DE PÓLIZA O NÚMERO DE CUENTA	EMPRESA, FUNERARIA O NOMBRE DEL BANCO

UTILICE ESTE ESPACIO SI NECESITA DARNOS MÁS INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIER PREGUNTA DE LA SOLICITUD.

Si necesita más espacio, pregunte por el Anexo de Solicitud de Asistencia 9701.

P. INFORMACIÓN DE ASISTENCIA INFANTIL – Llene esta sección si quiere ASISTENCIA TEMPORARIA EN EFECTIVO O ASISTENCIA MÉDICA para un niño que tiene un padre/una madre ausente o fallecido/a. Llene una sección separada para cada padre/madre ausente o fallecido/a.

#1 INFORMACION DE PADRES AUSENTES (AP)

Nombre del Padre Ausente (Nombre, Apellido)		Relación del padre ausente con usted.		Marque uno: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Fallecido	
NOMBRE DEL HIJO		ESTADO MARITAL DE LOS PADRES DEL HIJO EN EL NACIMIENTO			
		<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca Casados			
		<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca Casados			
		<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca Casados			
		<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca Casados			
Número de Seguro Social	Otro nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Carrera	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Última dirección conocida de AP	Número Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Dirección del padre de AP	Número Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Estado de licencia de conducir	Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)				
Militares actuales o anteriores Fechas: De: A:	¿Paga la Asignación Militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿a quién?			Rama Militar	
Encarcelado <input type="checkbox"/> En la actualidad <input type="checkbox"/> Previamente <input type="checkbox"/> Nunca		Nombre de la institución			
INFORMACIÓN DE INGRESOS DE PADRES AUSENTES					
Último Empleador Conocido	Nombre, dirección y teléfono				
Segundo Empleador	Nombre, dirección y teléfono				
Otros Ingresos/Beneficios: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión de Veteranos <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación <input type="checkbox"/> Beneficios de Mutual <input type="checkbox"/> Otros, detalle _____					
INFORMACIÓN DE LA ÓRDEN JUDICIAL DE PADRES AUSENTES					
¿Paga manutención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿A quién?	Última fecha paga	Importe de pago		
¿Expedido por tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, ¿dónde se emitió la orden judicial?		¿Puede darnos una copia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		

#2 INFORMACION DE PADRES AUSENTES (AP)

Nombre del Padre Ausente (Nombre, Apellido)		Relación de padre ausente con usted.		Marque uno: <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Fallecidos	
NOMBRE DEL HIJO		ESTADO MARITAL DE LOS PADRES DEL HIJO EN EL NACIMIENTO			
		<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca Casados			
		<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca Casados			
		<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca Casados			
		<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca Casados			
Número de Seguro Social	Otro nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Raza	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Última dirección conocida de AP	Número Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Dirección del padre de AP	Número Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Estado de licencia de conducir	Lugar de nacimiento (ciudad, estado)				
Militares actuales o anteriores Fechas: De: A:	¿Paga la asignación militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿a quién?			Rama militar	
Encarcelado <input type="checkbox"/> En la actualidad <input type="checkbox"/> Previamente <input type="checkbox"/> Nunca		Nombre de la institución			
INFORMACIÓN DE INGRESOS DE PADRES AUSENTES					
Último Empleador Conocido	Número Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	
Segundo Empleador	Número Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	
Otros Ingresos/Beneficios: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión de Veteranos <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación <input type="checkbox"/> Beneficios de Mutual <input type="checkbox"/> Otros, detalle _____					
PARENT COURT INFORMACIÓN DE PEDIDOS AUSENTES					
¿Paga soporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿A quién?	Última fecha de pago	Importe de pago		
¿Ordenado por la corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, ¿dónde se emitió la orden judicial?		¿Puede darnos una copia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		

Asignación de derechos de asistencia para dinero temporal en efectivo

- Asigno al Estado de Maryland todos los derechos, títulos e intereses de apoyo que pueda tener para mí o para cualquier persona que reciba TCA, recogido desde el momento en que firmo este acuerdo hasta que finalice mi asistencia.
- Esto incluye cualquier apoyo atrasado que no se haya retirado durante el tiempo que yo o cualquier persona recibió asistencia de TCA.
- Acepto que la agencia de manutención de niños recoja cualquier manutención que se me adeude y que se mantenga hasta la cantidad de TCA que se me pagó.
- Acepto enviar al Estado de Maryland cualquier apoyo que reciba. Si no entrego este apoyo, tendré que devolver esta cantidad al estado de Maryland. También puedo ser procesado por fraude.

Cuándo soy elegible para asistencia médica:

- Asigno todos los derechos, títulos e intereses del apoyo médico y los pagos de seguro médico que pueda tener para mí o cualquier persona que reciba Asistencia Médica. Esto incluye apoyo médico atrasado o pagos de seguro de salud que no se han cobrado.
- Estoy de acuerdo en que la agencia de manutención infantil cobre los pagos de manutención médica que se me adeudan y que se mantengan la cantidad de pagos de Asistencia Médica que se hicieron por mí.
- Acepto darle al Estado de Maryland cualquier apoyo médico o pago de seguro médico que reciba.
- Cooperaré lo mejor que pueda y según mi conocimiento con la agencia de manutención infantil mientras recibo TCA y Asistencia Médica
- Si no coopero con la agencia de manutención infantil, puedo perder todos mis beneficios y mi caso puede ser cerrado
- Entiendo que si tengo un hijo/a adicional mientras recibo TCA o Asistencia Médica, acepto seguir todos los requisitos para ese niño/ s o mi TCA o MA puede estar cerrado.

He leído estas declaraciones o alguien me las ha leído. Entiendo lo que significan. Al firmar mi nombre a continuación, acepto cumplir lo que dice el documento.

Firma:	Fecha:
Nombre impreso:	

Derechos y responsabilidades

Usted debe saber acerca de la solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (Previamente Programa de Suplemento Alimenticio)

Números de Seguro Social

- Debe darnos un número de seguro social para cada miembro de la familia que quiera beneficios.
- Si una persona que quiere beneficios no tiene un número de seguro social, esa persona debe solicitar un número. Podemos ayudar a los solicitantes a obtener sus números.
- Si un miembro de la familia ha solicitado un número de seguro social, no retrasaremos su solicitud mientras espera el número.
- Usamos números de seguro social para probar los ingresos. No damos números a otras agencias como Inmigración y Control de Aduanas.

Ciudadanía y estado migratorio

- Usted debe informarnos acerca de la ciudadanía y el estatus migratorio para cada miembro de la familia que quiere beneficios.
- Maryland utiliza el sistema de Verificación y Elegibilidad Sistemática de Extranjeros o sistema SAVE a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) anteriormente conocido como Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para verificar el estado de inmigración de todos los solicitantes y beneficiarios de hogares de no ciudadanos. La información recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad y el monto del beneficio de su hogar.

Información

- Si un miembro de la familia omite mencionar su ciudadanía, estatus migratorio o número de seguro social, esa persona no recibirá beneficios.
- De todos modos, debe darnos prueba de ingresos, gastos y otras cosas.
- Los otros miembros de la familia que nos dan su información obtendrán beneficios si cumplen con las reglas.

Asistencia médica de emergencia

- Los inmigrantes que no son elegibles para otro tipo de asistencia médica y solicitan solo asistencia médica de emergencia no tienen que decirnos su número de seguro social, inmigración o estatus de ciudadanía.

Límites de tiempo

- La Asistencia Temporal en Efectivo tiene límites de tiempo.
- El Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (anteriormente Programa de Suplemento Alimentario) y la Asistencia Médica no tienen un límite de tiempo.
- Cuando la Asistencia Temporal en Efectivo termina debido a límites de tiempo, ganancias u otras razones, aún puede recibir beneficios de SNAP y Asistencia Médica.

Entrevistas

- Usted, un miembro responsable de la familia o alguien a quien decida representarlo debe ser entrevistado.
- En la mayoría de los casos podemos entrevistarle por teléfono.
- Debe darnos o enviarnos la prueba que le pedimos en su entrevista.

Si necesita ayuda

Si necesita ayuda para solicitar beneficios, o tiene preguntas, o necesita servicios de traducción, llame a su administrador de casos o llame al 1-800-332-6347.

Si necesita ayuda para llenar el formulario por favor llamar al 1-800-332-6347.

La Administración de Inversiones Familiares se compromete a proporcionar acceso y adaptaciones razonables a sus servicios, programas, actividades, educación y empleo para personas con discapacidades. Si necesita ayuda o necesita solicitar una adaptación razonable, comuníquese con su administrador de casos o llame al 1-800-332-6347 o llene el formulario en la página siguiente.

Solicitar una adaptación razonable:

Si usted es una persona con una discapacidad, usted tiene derecho a adaptaciones razonables para ayudarle a acceder a las actividades, programas y servicios del DHS. Esto se aplica incluso si usted está trabajando con un departamento local de servicios sociales o un proveedor que proporciona servicios para los clientes del DHS.

Una adaptación razonable es una modificación o ajuste a una actividad, programa o servicio que ayuda a una persona calificada con una discapacidad a tener acceso significativo a las actividades, programas y servicios del DHS.

Ejemplos de adaptaciones razonables:

Deterioro de la audición: Tener un intérprete de lenguaje de señas y proporcionar un dispositivo de asistencia a la audición.

Deterioro visual: Tener un lector calificado que le lea a un cliente.

Impedimentos de movilidad: Enviar los formularios por correo a un cliente y reunirse con un cliente en un lugar más accesible.

Discapacidades del desarrollo: Tener las cosas por escrito; tomar descansos; programar citas en torno a las necesidades médicas de un cliente.

Puede solicitar una adaptación razonable al departamento local de servicios sociales o a un proveedor en cualquier momento. Su solicitud puede ser oral o escrita. Una solicitud de una adaptación razonable se puede hacer en persona, por escrito o por teléfono. No hay palabras en particular que deba utilizar para solicitar una adaptación. Usted o alguien que lo ayude puede solicitarla. Si necesita solicitar una adaptación razonable debido a su discapacidad, debe hablar con el supervisor del caso o el Coordinador de Acceso al Cliente en su departamento local de servicios sociales. Puede solicitar al administrador de casos el nombre del Coordinador de Acceso al Cliente en su departamento local de servicios sociales. Puede utilizar el formulario en el reverso de este aviso. También puede solicitar más información en la recepción.

1. Marque 7-1-1 o [800-735-2258](tel:800-735-2258) para iniciar una llamada TTY a través de Maryland Relay.
2. El saludo escrito del Operador de Retransmisión de Maryland, incluido el número de identificación del Operador, se mostrará en su teléfono TTY o VCO.
3. Cuando el Operador haya terminado de escribir, verá las letras "GA" Esto significa "Ir adelante."
4. Escriba el número de la persona a la que desea llamar, junto con las instrucciones especiales de llamada. A continuación, escriba "GA".

Solicitud de adaptación razonable

Nombre de la persona que necesita una adaptación:	Nombre de la persona que solicita una adaptación:
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código Postal:	Número de teléfono:
Naturaleza de la discapacidad o deterioro (especificar):	
Departamento Local de Servicios Sociales Ubicación:	
Solicitud de adaptación (tipo de adaptación solicitada) Por favor, imprima o escriba en mayúsculas. Sea tan específico como pueda. Si es necesario, adjunte páginas adicionales.	
<p>Nota: Si solicita servicios de lenguaje de señas, especifique el tipo: Intérprete de lenguaje de señas americano (ASL), Intérprete certificado para sordos (CDI) o Traducción de acceso a la comunicación en tiempo real (CART).</p> <p>Proporcione cualquier información adicional que pueda ayudarnos a proporcionar una adaptación razonable (especificar):</p>	
Firma del Cliente/Solicitante _____ Fecha _____	
<p>Devuelva este formulario al administrador de casos o al coordinador de acceso al cliente en su departamento local de servicios sociales.</p> <p style="text-align: center;">Sólo para uso de oficina</p> <p style="text-align: center;">Fecha de recepción de la solicitud: Acción tomada:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Firma del CAC: _____ Fecha: _____</p>	

Derechos de los clientes

Igualdad de Derechos – Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos también prohíbe la discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja del programa por discriminación, llene el [Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA](#), (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por:

(1) Correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) Fax: (202) 690-7442; O

(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para cualquier otra información relacionada con los problemas del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), deben comunicarse con el Número de Línea Directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español o llamar a la [Información del Estado / Números de Línea Directa](#) (haga clic en el enlace para una lista de números de línea directa por Estado http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm):

Para presentar una queja de discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS): Director del HHS, Oficina de Derechos Civiles, Sala 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.

Derecho a un aviso escrito – Siempre debemos darle una notificación por escrito explicando sus beneficios cuando aprobemos su caso. Siempre debemos darle un aviso por escrito cuando cambiemos sus beneficios, deneguemos o cerremos su caso. Tiene 90 días a partir de la fecha de notificación para solicitar una audiencia. Si solicita una audiencia en un plazo de 10 días, es posible que pueda seguir recibiendo beneficios mientras espera la audiencia.

Derecho a apelar – Solicite una audiencia si no está de acuerdo con la decisión del Departamento. Su administrador de casos puede ayudarle a escribir su apelación. En la audiencia, puede hablar por sí mismo o traer a un abogado, amigo o pariente para hablar por usted.

Derecho a la Privacidad – Usted está dando información personal en la aplicación. Usamos la información para ver si usted es elegible para obtener beneficios. Si no proporciona la información, podemos denegar su solicitud. Usted tiene derecho a revisar, cambiar o corregir cualquier información. No mostraremos su información ni se la daremos a otros a menos que usted nos dé permiso o la ley federal y estatal nos lo permita.

Derecho a reclamar una buena causa – Si desea asistencia temporal en efectivo (TCA), debe ayudar al Departamento a obtener manutención infantil. Es posible que no tenga que ayudar si lo pone a usted o a su familia en peligro.

Derecho a rechazar la ayuda – Usted no tiene que aceptar la ayuda de una organización religiosa si está en contra de sus creencias religiosas.

Derecho al procesamiento oportuno de solicitudes – Si usted es elegible para obtener beneficios acelerados del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) debemos brindarle sus beneficios dentro de los 7 días. Para el SNAP regular y otros programas, excepto para ciertos programas de Asistencia Médica, debemos procesar su solicitud dentro de los 30 días. Hay ocasiones en las que hay un retraso en el procesamiento. Si hay un retraso, le enviaremos una carta para indicarle por qué hay retraso en el procesamiento de su solicitud. Si usted está encarcelado o en otra institución de este tipo y presenta una solicitud de beneficios de SNAP o asistencia en efectivo, es posible que no reciba beneficios de SNAP o efectivo hasta que sea liberado. La fecha de presentación de su solicitud de asistencia será la fecha de su liberación de la institución, si pasaron menos de 30 días a partir de la fecha en que su solicitud firmada fue recibida en el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Los beneficios de SNAP se emiten a partir de la fecha de su emisión en función de la fecha de su solicitud.

Autorización para recibir información de planificación familiar

Si desea información, puede solicitar a su administrador de casos una Guía de planificación familiar. También puede ponerse en contacto con:

- 1-800-546-8900 si necesita ayuda para encontrar un proveedor para el control de la natalidad u organizar la atención prenatal, o
- El Centro para la Salud Materno infantil al **1-800-456-8900**
<https://phpa.health.maryland.gov/mch/Pages/home.aspx>

Usted tiene las siguientes responsabilidades

Proporcionar información Debe proporcionar información verdadera y completa. Es posible que deba darnos una prueba de esta información. Mantendremos esta información privada. Cualquier retraso en la provisión de la prueba puede resultar en que su caso sea retrasado o negado.

La recopilación de información de la solicitud, incluido el número de seguro social de cada miembro del hogar, está autorizada en virtud de la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008, U.S.C.2011-2036, la Ley de Seguridad Social nro. 1137(f) y 42 U.S.C. nro. 1320b-7(d). Usamos la información para averiguar si su hogar es elegible. Comprobamos esta información haciendo coincidir los programas informáticos.

También utilizamos la información para ver si cumple con las reglas del programa. Podemos contactar a su empleador, banco u otros. También podemos comunicarnos con agencias locales, estatales o federales para asegurarnos de que la información sea correcta. Podemos dar su información a otras agencias federales o estatales para uso oficial y a agentes de ley que lo necesiten para encontrar personas que huyen para evitar la ley.

Si usted obtiene demasiado en beneficios:

- Es posible que tenga que pagar el dinero por los beneficios, y
- Podemos dar la información de la solicitud, incluyendo números de seguridad social, a agencias federales o estatales, así como agencias privadas de cobro de reclamos, para la acción.

Dar información es voluntario. Si no nos da información tales como números de seguro social para todos los que quieren ayuda, podemos negarle beneficios para cada persona que no da un número de seguro social. Si no tiene un número de seguro social, le ayudaremos a obtener uno.

Informar cambios – Usted debe informar todos los cambios dentro de los 10 días a menos que sea

parte del grupo de informes simplificado de SNAP y no esté recibiendo Asistencia en Efectivo o Asistencia Médica. Si quiere saber si es parte de este grupo, pregunte a su administrador de casos. Puede informarnos sobre cualquier cambio en persona, por teléfono o por correo al Departamento.

Nota: Para todos los clientes de SNAP, incluidos los que son brindan informes simplificados:

1. Si recibe ganancias de lotería/juegos de azar por un monto igual o superior a \$3,500, debe reportar la cantidad y la fecha de las ganancias recibidas al departamento local dentro de los 10 días
2. Si usted es un adulto apto sin dependientes (ABAWD), y sus horas de trabajo disminuyen por debajo de las 80 horas al mes, debe reportar el cambio al Departamento Local dentro de los 10 días.

Advertencia – Podemos negar, reducir o detener sus beneficios si nos da información incorrecta o no informa cambios. Un juez puede multarlo y/o encarcelarlo si deliberadamente da información incorrecta o no informa cambios.

Requisitos de trabajo para SNAP

Las personas que soliciten o reciban beneficios de SNAP deben conocer y comprender la siguiente información sobre el registro de trabajo de SNAP y los requisitos de trabajo. Los requisitos de trabajo de SNAP están cubiertos por la ley federal en 7 CFR 273.24.

Todas las personas mayores de 18 años deben estar registradas para trabajar a menos que estén exentas de otra manera, porque son: mayores de 60 años, están cuidando a un niño menor de 6 años viviendo en su hogar, solicitaron o están recibiendo beneficios de desempleo, trabajando por cuenta propia un mínimo de 30 horas o más por semana al equivalente del salario mínimo federal, están asistiendo a una escuela o institución reconocida de educación superior al menos medio tiempo, o la persona no es apta mental o físicamente para el trabajo. El registro laboral no es lo mismo que la participación.

A partir del 1 de enero de 2016, los adultos aptos sin dependientes (ABAWDS), de entre 18 y 50 años, que no estén exentas para el registro laboral en virtud de una de las razones anteriores o que residan en un área que se designa como exenta, estarán obligadas a estar inscritas en el trabajo y participar en un programa de trabajo /actividad o estar empleadas.

Estas personas conocidas como ABAWDS sólo pueden recibir beneficios SNAP por tres meses en un período fijo de 36 meses a menos que la persona esté empleada o participando en una obra aprobada o actividad educativa un mínimo de 80 horas por mes. Es posible que la persona no reciba beneficios de SNAP de nuevo hasta que cumpla con los requisitos de trabajo. Recibirá información adicional del administrador del caso y la información está disponible en el sitio web del DHS en: <http://dhs.maryland.gov/food-supplement-program/able-bodied-adults-without-dependents-abawds/>.

Representantes autorizados – En la mayoría de los casos, si su representante autorizado nos da información incorrecta, tendrá que devolver cualquier cantidad que se le pague en exceso.

Si su representante autorizado a sabiendas nos da la información incorrecta o no utiliza sus beneficios correctamente, podemos descalificar a la persona de ser un representante autorizado y procesarla por fraude bajo la ley estatal y federal.

Si un centro de tratamiento de drogas y alcohol o un lugar de hospedaje grupal actúa como su representante autorizado de sus beneficios de alimento y deliberadamente nos da información incorrecta sobre su situación, podemos procesarlo bajo la ley estatal o federal aplicable.

Sanciones del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria y TCA

No:

- Proporcione información falsa o retenga información para obtener o continuar recibiendo beneficios de TCA y/o SNAP.
- Opere o venda beneficios de TCA o SNAP, o tarjetas de beneficios electrónicos.
- Use TCA y SNAP o tarjetas electrónicas de beneficios para comprar artículos no permitidos, como alcohol y tabaco o para pagar en cuentas de crédito.
- Use los beneficios de TCA o SNAP de otra persona.
- Utilice la Tarjeta electrónica de beneficios de otra persona sin autorización.
- Utilice su tarjeta EBT que contenga beneficios de TCA en una licorería, un lugar de entretenimiento para adultos, como un club de striptease o en un establecimiento de juegos de azar como un casino.

Sus beneficios de SNAP no aumentarán si su asistencia en efectivo se reduce o se cierra porque no siguió las reglas.

Si un miembro del hogar rompe deliberadamente las reglas, podemos impedir que la persona utilice los beneficios de TCA o SNAP.

- Podemos impedir beneficiarse a esta persona durante un año después de la primera infracción.
- Podemos impedir beneficiarse a esta persona por dos años:
 - Después de la segunda violación, o
 - Después de la primera vez que un tribunal encuentra a esta persona culpable de comprar drogas ilegales con beneficios de TCA o SNAP.
- Podemos impedir beneficiarse a esta persona permanentemente:
 - Después de la tercera infracción;
 - Después de la segunda vez que un tribunal encuentra a una persona culpable de comprar drogas ilegales con beneficios de TCA o SNAP;
 - Después de la primera vez que un tribunal encuentra a esta persona culpable de comprar armas, balas o explosivos, con beneficios de TCA o SNAP; o
 - Después de que un tribunal encuentre a esta persona culpable de tráfico de los beneficios TCA o SNAP por \$500 o más.
- Podemos impedir beneficiarse a esta persona durante 10 años si es encontrada culpable de hacer una declaración falsa sobre la identidad de la persona para recibir múltiples beneficios al mismo tiempo.

Un juez también puede multar a esta persona en hasta \$250,000, encarcelarla por hasta 20 años, o ambos. Un juez también puede solicitar a esta persona que cumpla 18 meses adicionales. La persona también puede tener que enfrentar otros procesamientos bajo otras leyes federales.

Tarjeta SNAP/EBT: Reemplazos de tarjetas múltiples

Las personas que soliciten cuatro o más tarjetas "Independence" de reemplazo en un año pueden ser remitidas a la Oficina del Inspector General para que se los investigue por tráfico de beneficios.

Advertencia y penalización de Medicaid: solo use tarjetas de asistencia médica si es elegible.

Toda persona condenada por "Fraude de Medicaid" con un valor de **\$500** o más en dinero, servicios o bienes es culpable de un delito criminal, y deberá:

1. Pagar dinero, servicios o bienes; o el valor de esos servicios o bienes recibidos ilegalmente;
2. Estar sujeto a una multa de no más de \$10,000, encarcelado por no más de cinco años, o ambos.

Toda persona condenada por "Fraude de Medicaid" con un valor inferior a \$500 en dinero, servicios o bienes es culpable de un delito menor, y deberá:

1. Pagar dinero, servicios o bienes; o el valor de esos servicios o bienes recibidos ilegalmente;
2. Ser multado por no más de \$1,000 y encarcelado por no más de tres años o ambos.

Lea antes de firmar

Entiendo que es importante dar información verdadera y si no lo hago, estoy violando la ley.

Entiendo que puedo ser multado, encarcelado o reducir mis beneficios por hacer declaraciones falsas o por pretender ser otra persona.

Sé que puedo ser castigado por no informar cambios que puedan afectar mi elegibilidad o monto de beneficio.

Entiendo que, si obtengo más beneficios de SNAP de lo que debería, todos los miembros adultos de mi hogar son responsables de pagar la deuda.

Sé que el Departamento puede usar la solicitud en mi contra en un tribunal para el fraude.

Sé que no reportar o verificar los gastos de vivienda, cuidado médico o dependiente o pagos de manutención infantil es lo mismo que decir que no quiero una deducción por los gastos que no verifiqué ni informé.

Entiendo que el Departamento puede verificar la información de este formulario para ver si es correcta y puede seleccionar mi caso para una verificación puntual, como para una Revisión de Control de Calidad.

Estoy de acuerdo en permitir que alguien del Departamento me visite en casa. Les ayudaré a obtener todas las pruebas necesarias de cualquier fuente.

Entiendo mediante la firma de esta solicitud que:

- Acepto asistencia en efectivo y/o asistencia médica.
- Estoy de acuerdo en que la Parte B de Medicare realizará pagos directamente a médicos y proveedores médicos.
- Doy al Departamento el derecho de solicitar el pago de un seguro médico privado o público y de cualquier tercero responsable. Entiendo que debo cooperar con el departamento para asegurar tales pagos. El Departamento puede solicitar el pago sin acción legal, siempre y cuando no contenga más de la cantidad pagada por asistencia médica.
- Doy al Departamento el derecho de inspeccionar, revisar y copiar todos los registros médicos de los servicios recibidos a través del Programa de Asistencia Médica.

Entiendo que cuando una persona ha fallecido y que tenía al menos 55 años de edad al recibir Asistencia Médica, el estado puede tomar dinero de su patrimonio para restituir los pagos realizados en nombre de esa persona. El programa puede tomar el dinero solo si no hay cónyuge sobreviviente, hijo soltero menor de 21 años, o un hijo ciego o discapacitado (casado o soltero) de cualquier edad.

Sección de firma

Entiendo que, tal como lo exige la ley de Maryland, ciertas agencias policiales que investigan el fraude pueden obtener información sobre mi solicitud, ingresos, beneficios y otra documentación como parte de su investigación. Si bien el acceso a mi solicitud y a mi información sobre beneficios es normalmente limitado (en virtud del Artículo de Servicios Humanos del Código Md. 1-201), estos límites no se aplican a estos organismos de investigación. Tales agencias incluyen la Oficina del Inspector General del Departamento de Servicios Humanos. Entiendo que no necesito dar consentimiento a estas agencias para que investiguen cualquier acusación de fraude en mi contra. Cualquier información encontrada como resultado de la investigación puede ser utilizada en mi contra si una acusación de fraude es procesada.

He leído o alguien me ha leído y explicado toda la solicitud. Juro o afirmo bajo pena de perjurio, que toda la información que di es verdadera, correcta y completa en la medida de mi capacidad, creencia y conocimiento. Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades. Autorizo a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que conozca los hechos sobre mi elegibilidad para dar esa información al Departamento. También autorizo al Departamento a ponerse en contacto con cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que haya dado prueba de mi elegibilidad para obtener beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio, que al firmar con mi nombre a continuación, todas las personas para las que estoy solicitando son ciudadanos estadounidenses, inmigrantes legalmente admitidos o individuos en un estatus migratorio satisfactorio.

Firma del solicitante/destinatario		Fecha
Firma del testigo (si firmó una X)		Fecha
Firma del cónyuge (si corresponde)		Fecha
Firma del representante autorizado (Si corresponde)		Fecha
Firma del administrador de casos		Fecha
<p>No deseo solicitar asistencia en este momento. Retiro mi solicitud para:</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia de dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria <input type="checkbox"/> Asistencia médica</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia de emergencia a familias y niños</p>		
Firma del solicitante/destinatario		Fecha
Nombre del solicitante en mayúsculas		