

Uso sólo de oficina

Fecha presentada: _____ Caso N°: _____

Empleado designado



¿Necesita intérprete? ()Sí ()No

¿En qué idioma? _____

Bienvenido a la Solicitud de Programas y Beneficios de Asistencia Familiar del Departamento de Servicios Humanos de Tennessee

Ingresar el nombre de la persona que solicita beneficios para sí misma o para otros integrantes en el hogar.

| Nombre (1er nombre, inicial 2º nombre, apellido) | | Dirección física - Calle | | | Ciudad | Estado | Código postal |
|--|-----|------------------------------|--------------|-----------|-------------------------------------|--------|---------------|
| | | | | | | | |
| E-mail: | | Mejor hora para contactarme: | | | Dirección postal (de ser diferente) | | |
| Tel. casa: | () | () mañana | () mediodía | () tarde | | | |
| Tel. trabajo: | () | () mañana | () mediodía | () tarde | Ciudad | Estado | Código postal |
| Celular: | () | () mañana | () mediodía | () tarde | | | |

| Indique a cada integrante del hogar y marque con (√) los programas solicitados. | Hogar de ancianos o enfermos Medicaid/ HCBS | Food Stamps | TennCare/ Medicaid | Families First | No solicito beneficios |
|---|---|-------------|--------------------|----------------|------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Si sólo nos indica su nombre, dirección y firma , aceptaremos su solicitud si únicamente está solicitando Food Stamps. Cuánta más información nos dé en este formulario, tanto más rápido tramitaremos su pedido de beneficios. Si su solicitud se aprueba, sus beneficios comenzarán a partir de la fecha en que presentó su solicitud. En la mayoría de los casos, Ud. necesitará hablar con un empleado de DHS para completar su solicitud.

Para agregar más información, favor de adjuntar otra hoja de papel

Ud. podría recibir Food Stamps en 7 días si:

1. Los ingresos mensuales de la unidad familiar son menos de \$150 y actualmente sus recursos no sobrepasan \$100.
2. El costo de alojamiento (incluidos los servicios públicos) supera sus ingresos mensuales más ahorros.
3. Ud. realiza trabajo agrícola de temporada o es trabajador migrante.

Certifico bajo pena de perjurio y toda otra pena aplicable que las declaraciones hechas en esta solicitud y cualquier anexo, y ante quien me haya entrevistado, son verídicas y correctas. Todo individuo que está solicitando o recibiendo asistencia es ciudadano de EE.UU., extranjero legal o inmigrante elegible. Entiendo las reglas e información que me dieron y estoy de acuerdo con ellas. Si me lo piden, daré información que comprueba mis declaraciones o daré permiso al DHS para obtener pruebas. Entiendo que debo informar cualquier cambio relativo a nuestra situación habitacional dentro de 10 días.

Firma de solicitante: _____

Fecha: _____

Testigo (si se firmó marcando una X): _____

Fecha: _____

Tutor o representante autorizado: _____

Fecha: _____

*****Ud. también debe firmar el revés de la última página para que se acepte esta solicitud.*****

Si Ud. está ayudando a la persona que solicita beneficios, ¿cómo se llama Ud.?

| |
|--|
| |
| |

¿Qué relación o parentesco existe entre Ud. y la cabeza de familia?

¿Todos en la unidad familiar compran y preparan la comida juntos? ()Sí()No

¿Recibe alguien en la unidad familiar un pago por comida y alojamiento? ()Sí()No

¿Es Ud., o alguien de parte de quien Ud. está presentando la solicitud, persona sin hogar? ()Sí()No

¿Está en huelga de trabajo alguien de la unidad familiar? ()Sí()No

¿Alguien de la unidad familiar es trabajador migrante? ()Sí()No

¿Necesita ayuda especial para solicitar beneficios? ()Sí()No

De ser "sí", ¿qué necesita?

| |
|--|
| |
| |

Mencione todas las personas en la unidad familiar que viven en la dirección dada en la tabla más abajo.

Raza/etnia: Favor de usar las claves a continuación si opta por informarnos de la etnia o raza de los integrantes de la unidad familiar de Ud.

Esto es voluntario y se utiliza con el fin de tratar a cada quien de manera equitativa. **W**=Blanco o caucásico, **B**=Negro o afroamericano,

A=Asiático, **H**=Indígena hawaiano o isleño del Pacífico, **I**=Indígena americano o de Alaska. **Estado civil: Favor de utilizar uno de los siguientes abajo para**

cada integrante adulto de la unidad familiar: casado, soltero, divorciado, viudo, legalmente separado.

| Integrantes de la unidad familiar (no tiene que dar el número de Seguro Social ni la condición de ciudadanía de quienes no solicitan beneficios) 1er nombre, inicial de 2º nombre, apellido | Nº de Seguro Social | Sexo (M/F) | Fecha de nacimiento | Marcar esta casilla si es ciudadano de EE.UU. | Raza (arriba), todas las que apliquen | (Opcional) marcar esta casilla p/ hispano o latino | Estado civil (arriba) | Marcar esta casilla si la integrante embarazada | Marcar esta casilla si el integrante es discapacitado |
|---|---------------------|------------|---------------------|---|---------------------------------------|--|-----------------------|---|---|
| | | | / / | | | | | | |
| | | | / / | | | | | | |
| | | | / / | | | | | | |
| | | | / / | | | | | | |
| | | | / / | | | | | | |
| | | | / / | | | | | | |
| | | | / / | | | | | | |
| | | | / / | | | | | | |

¿Alguien de la unidad familiar recibe beneficios de otro estado? ()Sí ()No

De ser "sí", ¿quién?

| |
|--|
| |
|--|

¿Qué estado?

| |
|--|
| |
|--|

¿Recibe actualmente beneficios en Tennessee Ud. o la persona de parte de quien Ud. está solicitando beneficios, o alguien ha solicitado beneficios en Tennessee pero todavía no ha sido aprobado? ()Sí ()No

De ser "sí", ¿quién?

| |
|--|
| |
|--|

Información sobre recursos: (dinero en efectivo, cuentas bancarias, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos de inversión, cuentas de jubilación, plan de funeral prepagado, fondos fiduciario, anualidades u otros activos líquidos no especificados aquí)

Tipo :
 Tipo :

Indique el valor del recurso menos cualquier cantidad que se deba \$
 Indique el valor del recurso menos cualquier cantidad que se deba \$

¿El nombre de Ud. o de la persona para la cual Ud. está solicitando beneficios aparece en todos o parte de los recursos? ()Sí ()No De ser "sí", ¿quién?

¿Cuánto? \$ ¿Tipo de recurso? ¿Hay más de un propietario? ()Sí ()No
 De ser "sí", ¿quiénes?:

¿Es Ud. o la persona para quien está solicitando beneficios dueño de alguna propiedad? ()Sí ()No

¿Vendió, canjeó, traspasó o regaló algún recurso Ud. o la persona para quien está solicitando beneficios? ()Sí ()No

¿Ud. o la persona para quien está solicitando beneficios cerró una cuenta o agregó a alguien al título de propiedad en los últimos 60 meses? ()Sí ()No

De ser "sí", ¿quién?
 ¿Cuándo? (fecha)

¿Qué tipo de cambio?
 ¿Cuánto vale? \$ ¿Todavía está a disposición de Ud.? ()Sí ()No

Ha recibido Ud. o la persona para quien está solicitando beneficios un pago de indemnización u otro en efectivo en los últimos tres meses? ()Sí ()No

De ser "sí", ¿de quién? ¿Por cuánto fue? \$

Información de vehículo:

¿Tiene la persona para quien está solicitando beneficios vehículo propio (o conjuntamente con otra persona)? ()Sí ()No De ser "sí", ¿con quién?

Marca de vehículo: Año del vehículo: ¿Cuánto vale el vehículo? \$
 Modelo de vehículo: Cantidad que se debe: \$

¿Es Ud. dueño junto con otra persona de su vehículo? De ser "sí", ¿con quién?: ¿Tiene la unidad familiar otros vehículos? ()Sí ()No

¿Para qué se usa el vehículo? (trabajo, escuela, transporte al doctor, etc.):

Detalles sobre ingresos:

| ¿Quién trabaja? | Horas semanales trabajadas? | Ingresos mensuales antes de deducciones | ¿Con qué frecuencia se le paga al integrante de la unidad familiar? | ¿En qué fecha empezó el trabajo? | Nombre y dirección del empleador | Nº de teléfono | ¿Podemos ponernos en contacto con este empleador para pruebas? (S/N) |
|-----------------|-----------------------------|---|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------|--|
| | | \$ | | / / | | () - - | |
| | | \$ | | / / | | () - - | |
| | | \$ | | / / | | () - - | |
| | | \$ | | / / | | () - - | |

¿Ha terminado en los últimos 60 días el trabajo de alguien? ()Sí ()No

¿Trabaja alguien por su cuenta? ()Sí ()No

De ser "sí", ¿quién?

¿Por qué terminó el trabajo?

¿Cuándo terminó?

Nombre del empleador: Teléfono: () - -

Dirección del empleador:

De ser "si", ¿quién?

¿Qué tipo de trabajo es?

¿Cuánto gana cada mes antes de deducciones? \$

¿Hay gastos involucrados en este trabajo? () Sí () No

De ser "si", ¿cuánto? \$

¿Prefiere entregar algún comprobante de la razón por la cual terminó su empleo, en vez de hacer que DHS solicite un comprobante de su empleador? () Sí () No

¿Ha terminado este empleo por cuenta propia? () Sí () No

De ser "si", ¿cuándo terminó?

¿Alguien en la unidad familiar ha solicitado o recibe alguno de los beneficios a continuación?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Ingresos de otra dependencia o agencia | <input type="checkbox"/> Ingresos Suplementarios del Seguro o SSI |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de otro Estado | <input type="checkbox"/> Ingresos debido a intereses | <input type="checkbox"/> Sobresueldo o prestación por capacitación |
| <input type="checkbox"/> Beneficio por antracosis | <input type="checkbox"/> Pensión u otro pago militar | <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Dinero de otra persona (no manutención de un hijo) | <input type="checkbox"/> Fondos o pensiones sindicales |
| <input type="checkbox"/> Renta vitalicia del Servicio | <input type="checkbox"/> Jubilación pública | <input type="checkbox"/> Beneficios de veterano |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad/enfermedad (no SSA o SSI) | <input type="checkbox"/> Consorcio cualificado | <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Dividendos | <input type="checkbox"/> Jubilación para trabajador ferroviario | <input type="checkbox"/> Otras fuentes |
| <input type="checkbox"/> Estipendio educacional | <input type="checkbox"/> Pagos por repatriación de fondos | <input type="checkbox"/> Ninguno de los mencionados aquí |
| <input type="checkbox"/> Fondo de fideicomiso/patrimonio | <input type="checkbox"/> Ingresos de Seguro Social (SSA) | |

¿Quién recibe estos ingresos?

¿De qué tipo?

Fecha solicitados/comienzo: o monto: \$

¿Con cuánta frecuencia?

¿Quién recibe estos ingresos?

¿De qué tipo?

Fecha solicitados/comienzo: o monto: \$

¿Con cuánta frecuencia?

Detalles de los gastos:

Por favor, mencione gastos de guardería infantil:

¿Quién paga?

Nombre del niño:

Cantidad: \$ ¿Con cuánta frecuencia se paga?

Persona o agencia que provee el cuidado:

Dirección de persona o agencia que provee el cuidado:

Teléfono: () - -

Favor de mencionar cualquier gasto médico:

¿Tiene alguien de la unidad familiar gastos médicos no pagados o recurrentes? () Sí () No

¿A quién se debe? ¿Cuánto? \$

¿Alguien es responsable de las facturas médicas de un ex-miembro de la familia? () Sí () No

¿Para quién es el pago?

¿Con qué frecuencia se paga?

De ser "sí", ¿quién?

¿Con qué frecuencia se paga?

De ser "sí", ¿quién?

¿Cuánto? \$ ¿A quién se debe?

Si solicita Medicaid, ¿tiene seguro de vida la persona para quien Ud. está solicitando beneficios? ()Sí ()No

De ser "sí", ¿quién?

Favor de mencionar cualquier gasto de alojamiento:

| | ¿Quién paga? | Total | ¿Con cuánta frecuencia? | ¿Ha terminado? |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| Renta | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hipoteca | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Impuestos sobre la propiedad | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Seguro del propietario de la casa | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Por favor díganos de cualquier gasto por los servicios públicos:

| | ¿Quién paga? | Cantidad mensual |
|--------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Gas ()Sí ()No | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Electricidad ()Sí ()No | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
| Fuel-oil/queroseno ()Sí ()No | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
| Carbón/madera ()Sí ()No | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
| Teléfono ()Sí ()No | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |

| | ¿Quién paga? | Cantidad mensual |
|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| Aguas negras()Sí ()No | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
| Agua ()Sí ()No | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
| Basura ()Sí ()No | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
| Otro ()Sí ()No | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |

Favor de mencionar cualquier pago por manutención de hijo decretado por el tribunal para un niño fuera del hogar:

| | | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|--|
| ¿Quién paga? | <input type="text"/> | ¿Cuánto? | \$ <input type="text"/> | ¿Es un pago que decretó el tribunal? ()Sí()No |
| Nombre del niño: | <input type="text"/> | ¿Con cuánta frecuencia? | <input type="text"/> | |
| Dirección del niño: | <input type="text"/> | | Fecha de nacimiento: | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| | | | Nº de teléfono: | (<input type="text"/>) - <input type="text"/> - <input type="text"/> |

Por favor díganos acerca de cualquier gasto por seguro de salud (otro que no sea TennCare Standard) de usted o de cualquier miembro de parte de quien Ud. está presentando esta solicitud. Los ejemplos incluir accidente, hospital básico, hospital/médico/quirúrgico básico.

¿Quién es el tenedor de la póliza?

¿A quiénes cubre?

¿Qué tipo de cobertura?

¿Cantidad de la prima? \$

¿Con cuánta frecuencia se paga?

Información sobre compañía de seguro:

Nombre:

Dirección:

Teléfono: () - -

Nº de póliza: Fecha de inicio:

¿Tenedor adicional de la póliza?

¿A quiénes cubre?

¿Qué tipo de cobertura?

¿Cantidad de la prima? \$

¿Con cuánta frecuencia se paga?

Información sobre una compañía de seguro adicional:

Nombre:

Dirección:

Teléfono: () - -

Nº de póliza: Fecha de inicio:

***** Dé vuelta a esta hoja para firmar *** Es necesario que Ud. firme la solicitud en el revés de esta hoja.**

¿Alguien tiene acceso a seguro médico pero todavía no lo ha solicitado? ()Sí ()No

De ser sí, ¿quién?

Registro de votante

¿Está inscrito para votar en el lugar donde vive ahora? ()Sí ()No

¿Le gustaría inscribirse para votar? ()Sí ()No

Los beneficios que reciba de DHS no cambiarán, sin importar si se inscribe o no para votar.

Información importante

Utilizamos los números de Seguro Social para verificar que Ud. realmente es la persona que dice que es. Los utilizamos para cerciorarnos de que Ud. reciba la cantidad correcta de asistencia, para cambiar la cantidad que reciba, para comprobar otros registros del gobierno y de computadora y para estar seguros de que califica. Verificamos los registros del Seguro Social, del Servicio de Recaudación Interna (IRS) y de empleo. Es posible que verifiquemos los registros de Inmigración y Naturalización. Si aquellos registros no concuerdan con lo que Ud. dice, esto podrá influir en cómo califica y cuánto efectivo o Food Stamps recibirá. Es posible que quede Ud. sujeto a enjuiciamiento penal por haber proporcionado a sabiendas datos incorrectos.

En conformidad con la Ley Federal y el Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA por sus siglas en inglés) y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos, se le prohíbe a esta institución cualquier discriminación con base en raza o etnia, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Conforme a la Ley de Food Stamps y la política del USDA, también se prohíbe la discriminación con base en religión o creencias políticas. Para presentar una denuncia por discriminación, comuníquese con USDA o con HHS. Diríjase a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 o llame al (202)720-5964 (voz y TDD). Diríjase a HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C., 20201 o llame al (202)619-3257 (TDD). Los Departamentos de USDA y HHS son proveedores y empleadores que fomentan la igualdad de oportunidades en el empleo.

Permiso: Al firmar más abajo, autorizo al Estado de Tennessee, sus agentes y cesionarios a verificar cualquier hecho contenido en esta solicitud, cualquier anexo o declaración que haya hecho a la persona que me ha entrevistado.

Las siguientes páginas contienen información importante. Por favor, léalas con cuidado. El trabajador las desprenderá y se las dará a Ud.

Asegúrese de llevárselas consigo y firme abajo después de leerlas.

Declaro y atestigo de que estoy autorizado para hacer declaraciones en esta solicitud.

Entiendo y estoy de acuerdo con las reglas y la información de los programas para los cuales yo estoy solicitando. Certifico que todas las personas que están pidiendo o recibiendo ayuda son ciudadanos de los EE.UU, extranjeros legales, o inmigrantes elegibles. Entiendo que si me lo piden, daré información para probar lo que digo. Doy permiso al DHS para que obtenga pruebas. Entiendo que debo informar al DHS acerca de cualquier cambio en mi/nuestra situación habitacional en un plazo de 10 días. Certifico bajo pena de perjurio y toda otra pena aplicable que las declaraciones hechas en esta solicitud o cualquier anexo, y ante quien me haya entrevistado, son verídicas y correctas.

Firma:

Fecha:





¿Habla español? Llame al 1-866-311-4287.
¿Necesita informar un cambio? ¿Tiene alguna pregunta?
¿Necesita ayuda? Llámenos sin cargo.
Family Assistance Service Center
1-866-311-4287
Nuestro horario de atención es de
lunes a viernes, de 7 a.m. a 5:30 p.m.

Declaración de Acuerdo- Normas – Normas del programa **Información importante: conserve este documento**

Avísenos si usted tiene una discapacidad y necesita asistencia especial. Si necesita ayuda para entender el inglés, obtendremos los servicios de un intérprete que le ayudará a hablar con nosotros. Este servicio es gratuito. Todavía podemos recibir hoy su solicitud.

INTÉRPRETES GRATUITOS: si no entiende bien el inglés y necesita ayuda, por favor avísenos. Obtendremos los servicios de un intérprete que le ayudará a hablar con nosotros. Este servicio es gratuito. Conseguir un intérprete no retrasará el procesamiento de su caso.

Usted puede solicitar beneficios de Families First, cupones de alimentos Food Stamps (Food Stamps) o Medicaid/TennCare Standard por Internet o en una oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS, o *Department of Human Services*). Para ello, debe llenar una solicitud. Además, debe presentar comprobantes de su identidad y sus ingresos, y otros datos necesarios para aprobar su solicitud. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes, consulte a su asistente social del DHS.

Los miembros de la familia que soliciten beneficios de Families First, cupones de alimentos Food Stamps o Medicaid/TennCare Standard deben proporcionar su número de Seguro Social y comprobante de su situacióncondición de ciudadanía o de inmigración.

- Si usted no tiene un número de Seguro Social, nosotros le podemos ayudar a solicitarlo.
- Si usted tiene un número de Seguro Social, y es ciudadano estadounidense, extranjero legal o inmigrante que reúne los requisitos elegible, debe solicitar beneficios como miembro obligatorio de la familia.
- El DHS **no necesita** los números de Seguro Social ni comprobante de situacióncondición de ciudadanía o inmigración de los miembros de la familia que no soliciten beneficios.

Si usted solicita asistencia al DHS, es probable que proporcionemos su número de Seguro Social a:

- departamentos de policía que estén buscando a infractores de la ley;
- otros organismos federales o estatales;
- instituciones de cobranza que estén intentando cobrar dinero adeudado al estado.

¿Cuánto tiempo tardamos en tomar una decisión sobre su solicitud?

- Medicaid: 45 ó 90 días, para decidir si usted puede recibir beneficios. Su asistente social le informará cuál es el plazo para su caso específico. TennCare Standard puede tardar más tiempo.
- Pagos de dinero en efectivo de Families First: tenemos 45 días para decidir si usted puede recibirlos.
- Cupones de alimentos Food Stamps: por lo general, tenemos 30 días para decidir y otorgarle los beneficios de cupones de alimentos Food Stamps, si usted califica.

Información sobre cupones de alimentos: Food Stamps:

Los beneficios de cupones de alimentos (Food Stamps) no afectan sus beneficios de Families First. Si usted deja de recibir pagos de dinero en efectivo de Families First, aún puede recibir cupones de alimentos. Food Stamps. Pero si empieza a recibir Families First, pueden disminuir sus cupones de alimentos. Food Stamps. **Le avisaremos si esto sucede.**

Puede dejar de recibir cupones de alimentos Food Stamps si:

- miente u oculta datos para obtener beneficios de cupones de alimentos Food Stamps;
- usa la tarjeta de seguridad de beneficios de otra persona;
- usa los cupones de alimentos Food Stamps para comprar productos como cerveza, cigarros o jabón.

Si infringe estas normas, no recibirá beneficios de cupones de alimentos Food Stamps:

- por 1 año la primera vez;
- por 2 años la segunda vez;
- permanentemente la tercera vez.

Si canjea cupones de alimentos Food Stamps por drogas, se suspenderán sus beneficios de cupones de alimentos Food Stamps:

- por 2 años la primera vez;
- permanentemente la segunda vez.

Será suspendido permanentemente del programa de cupones de alimentos Food Stamps si un tribunal le declara culpable de:

- canjear cupones de alimentos Food Stamps por armas de fuego, municiones o explosivos.
- vender cupones de alimentos Food Stamps por valor de \$500 o más.

Dejará de recibir beneficios de cupones de alimentos Food Stamps por diez (10) años si, para obtenerlos, miente acerca de su identidad o su lugar de residencia.

Si no cumple con su plan de Families First, podemos suspender sus pagos de dinero en efectivo de Families First o reducir sus beneficios de cupones de alimentos Food Stamps.

Si usted no informa cuáles son sus ingresos por trabajo o si es declarado culpable de haber infringido deliberadamente las normas del programa de cupones de alimentos Food Stamps, es probable que tenga que devolver dinero si recibe beneficios excesivos de cupones de alimentos Food Stamps.

Quienes infrinjan estas normas pueden ir a prisión, ser acusados según las leyes federales o recibir multas de hasta \$10,000.

Algunos miembros de la familia deben registrarse para trabajar si desean recibir cupones de alimentos Food Stamps. Su asistente social le informará quién de su familia debe registrarse para calificar. Si esto sucede, usted tendrá que presentarse para una entrevista en el Departamento de Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral (DOLWD, *Department of Labor and Workforce Development*). Durante la entrevista, le preguntarán sobre sus trabajos anteriores y le ayudarán a prepararse para obtener empleo.

Usted puede obtener más beneficios de cupones de alimentos Food Stamps si comprueba los siguientes gastos:

- médicos;
- cuidado infantil o de dependientes;
- manutención infantil;
- vivienda o servicios públicos.

Su asistente social del DHS puede ayudarle a obtener los comprobantes necesarios.

Información sobre Families First:

Si usted recibe pagos de dinero en efectivo de Families First para los que no califica, debe devolver el dinero al Estado. Usted puede:

- pagar usando los pagos en efectivo que recibe de Families First;
- pagar en efectivo, si no recibe beneficios de Families First.

Si miente u oculta datos para obtener pagos de dinero en efectivo de Families First, puede ser acusado de perjurio u otro delito grave, y enjuiciado. Puede ir a la cárcel por 10 años. Una infracción deliberada de las normas de Families First se llama infracción intencional al programa (*Intentional Program Violation*). Si usted es declarado culpable de esa infracción, sus beneficios de Families First pueden suspenderse:

- por 6 meses la primera vez;
- por 1 año la segunda vez;
- permanentemente la tercera vez.

Es ilegal obtener pagos de dinero en efectivo en dos estados al mismo tiempo. Quien lo haga puede dejar de recibir pagos en efectivo por 10 años.

Sus hijos pueden recibir beneficios de Families First O cupones de alimentos Food Stamps, pero usted no si:

- es un delincuente fugitivo;
- infringió su régimen de libertad condicional o vigilada;
- fue declarado culpable después del 22 de agosto de 1996 de un delito grave relacionado con drogas, **a menos que** su caso incluya una excepción específica. Su asistente social le dará más información sobre la excepción.

Para obtener pagos de dinero en efectivo de Families First, usted debe firmar y cumplir un Plan de responsabilidad personal. Responsabilidad Personal. Este plan puede exigirle que realice alguna actividad laboral.

Información importante sobre Families First y manutención infantil:

Usted puede recibir pagos de dinero en efectivo de Families First y de manutención infantil al mismo tiempo. Si recibe Families First, debe ayudarnos a comprobar la paternidad del menor. También debe ayudarnos a cobrar la manutención infantil de los niños que reciben Families First. No intentaremos cobrar la manutención si usted puede comprobar que existe una buena razón para no hacerlo. Todo pago de manutención infantil debe ir primero al DHS. Si el padre o la madre le entrega el dinero a usted, usted debe enviarlo al DHS. **Tal vez se le pueda devolvérsele devolver a usted todo o parte del pago de la manutención infantil.** Estos pagos se denominan pagos transferidos (*pass-through payments*) de manutención infantil.

El importe de este pago transferido de manutención infantil depende tanto de su “necesidad no cubierta” como del importe pagado de manutención infantil. Nosotros calculamos su necesidad no cubierta basándonos en:

- el número de personas cubiertas por el pago de dinero en efectivo de Families First;
- la cantidad de dinero que usted recibe de otros ingresos.

Pregunte a su asistente social del DHS cuál es el importe de su necesidad no cubierta.

Información sobre Medicaid/TennCare Standard:

- Usted es responsable de informar a Medicaid/TennCare Standard de sus cambios de domicilio o ingresos.

- No permita que otra persona use su tarjeta de Medicaid/TennCare Standard, porque, si lo hace, es probable que usted deba pagar al Estado las facturas médicas de esa persona.
- Usted debe cooperar con nosotros para lograr que el padre o la madre o ambos progenitores ausentes paguen las facturas médicas o el seguro de sus hijos.
- Usted debe cederle al Estado todos los reembolsos que reciba por tratamientos médicos que pague Medicaid/TennCare Standard. Por ley, ese dinero pertenece al Estado. Si usted no se lo devuelve, puede perder el beneficio de TennCare, ser acusado de un delito y enfrentar una demanda judicial por el dinero.
- Usted debe cooperar con los organismos que se comuniquen con usted por investigaciones de para investigar fraude o abuso; entre ellos, la Oficina de Investigación de Tennessee (*Tennessee Bureau of Investigation*) o la Oficina del Inspector General (*Office of Inspector General*).
- Para cumplir con el programa, Medicaid/TennCare Standard debe divulgar información médica sobre usted. La información se da a conocer sólo según la ley lo permita o exija. Quienes tengan acceso a la información sobre usted deben cumplir con todas las leyes estatales y federales acerca de la confidencialidad de la información. Al firmar la solicitud, usted está de acuerdo con el modo en que nosotros divulguemos su información.
- Si posee o alquila una vivienda fuera del estado de Tennessee, es probable que no tenga derecho a recibir beneficios.
- Si recibe asistencia pública fuera del estado de Tennessee que no sean beneficios por desempleo, no tiene derecho a recibir Medicaid/TennCare Standard.
- **Si hay cambios en la información que usted proporcionó al DHS, debe informarlos en los un plazo de diez (10) días posteriores al tras el cambio.** Esto incluye cambios de domicilio, tamaño de la familia, bienes, empleo, ingresos, estado civil, elegibilidad para participar en Medicare o disponibilidad de seguro médico de grupo.

Informe de inmediato a su asistente social sobre los cambios. Luego, en un plazo de treinta (30) días a partir del cambio, envíe por correo una carta de aviso del cambio a la oficina local del DHS. En la carta, incluya copias de toda la documentación comprobatoria. Usted debe reembolsar a TennCare todos los beneficios que haya recibido por error. Si no informa los cambios, deberá pagar a TennCare el importe de las primas que usted adeude, en un plazo de treinta (30) días.

- Si tiene cobertura de TennCare Medicaid, debe informar al DHS cuando venda o ceda bienes. También debe informar al DHS cuando obtenga una hipoteca (*mortgage*) o un préstamo sobre el valor neto (*home equity loan*) de su vivienda.
- **Es ilegal mentir u ocultar datos en esta solicitud o durante la entrevista.** Mentir u ocultar datos sobre ingresos, lugar de residencia u otros tipos de seguro que usted tenga puede hacer que la Oficina de Investigación de Tennessee inicie una investigación.
- Si el Estado paga por usted las facturas médicas o de atención en una residencia de cuidados médicos, de enfermería o para personas ancianas de ancianos, **el Estado puede recuperar el dinero que usted adeude. En caso de que usted fallezca, el Estado puede cobrar de su herencia el dinero que usted adeude.**

Si usted compró una pensión vitalicia el 8 de febrero de 2006 o en fecha posterior, la Ley de Reducción del Déficit (DRA, *Deficit Reduction Act*) exige que el estado de Tennessee debe ser nombrado:

- el beneficiario residual en primer lugar para al menos el importe total de la asistencia médica pagada; **o bien,**
- el beneficiario residual en segundo lugar, si existe un cónyuge no afiliado o un menor de edad discapacitado.

Por ciertas razones, la pensión vitalicia puede tratarse como una enajenación de bienes por un valor menor que el valor equitativo justo de mercado. Su asistente social le informará los detalles acerca de la enajenación de bienes por un valor menor que el valor equitativo de mercado.

¿Desea presentar la solicitud para votar en las próximas elecciones?

Las leyes estatales y federales nos exigen preguntarle a usted si desea registrarse para votar. Debemos hacerle esta pregunta cada vez que usted solicite beneficios o vuelva a solicitarlos; cuando sea recertificado; o cuando nos llame para informarnos su cambio de domicilio. Le ayudaremos a llenar todos los formularios.

Información sobre el registro de electores:

- Los beneficios que usted reciba del DHS no se verán afectados por su decisión de registrarse o de no registrarse para votar.
- Nosotros podemos ayudarle a presentar la solicitud. Usted decide si desea recibir ayuda o no. Puede llenar el formulario en privado.
- Puede presentar una queja ante el Coordinador de Elecciones, a la siguiente dirección: Coordinator of Elections, Secretary of State's Office, Suite 900, William R. Snodgrass Tennessee Tower, Nashville, TN 37243, 1-615-741-7956, Tennessee Relay Center; o llamar al 1-800-848-0299, si usted cree que:
 - alguien ha interferido en el ejercicio de su derecho de registrarse o rehusarse a registrarse para votar;
 - alguien ha interferido en el ejercicio de su derecho a la privacidad al decidir si se registrará o al presentar la solicitud de registro para votar.
- Si usted decide registrarse o se rehúsa a ello, nosotros no daremos a conocer su decisión ni el lugar en donde presentó la solicitud a nadie que no pertenezca a la Comisión Electoral (*Election Commission*). Usaremos la información sólo para fines de registro.
- Usted no puede votar hasta que reciba su tarjeta de registro de elector. Si no recibe la tarjeta en tres semanas, comuníquese con la Comisión Electoral.
- La Comisión Electoral del condado investigará si usted puede registrarse para votar. De esto **no** se encarga ni el DHS, ni el programa Certificación de cuidado infantil (*Child Care Certificate*) ni la Oficina de TennCare (*TennCare Bureau*).
- Si usted envía por correo su solicitud a la Comisión Electoral de su condado, debe presentarse en persona a votar la primera vez que lo haga.
- Nosotros le enviaremos por correo el formulario de registro de votante SS-3010, titulado "*Mail-In Application for Voter Registration*", en un plazo de 30 días, si usted nos informa por teléfono o Internet acerca de:
 - un cambio de domicilio;
 - una solicitud;
 - una nueva solicitud;
 - una recertificación;
 - una revisión.

Si quedan menos de 30 días para la fecha límite de registro, nosotros le enviaremos por correo el formulario en 5 días o el siguiente día laboral, si podemos.

HIPAA:

Una nueva ley federal llamada el Acta Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) dice que debemos mantener privados sus datos su expediente de salud.

También indica que debemos proporcionarle la siguiente información. Éstas son las normas que debemos seguir para mantener la confidencialidad de la información sobre su salud. Las normas pueden cambiar y, si hay algún cambio importante, le avisaremos.

Si tiene preguntas, llame al 1-888-863-6178. En Nashville, llame al 313-5790. Para la línea TTY, llame al 1-800-270-1349.

Este aviso describe las normas para el Departamento de Servicios Humanos (DHS, o *Department of Human Services*) y para otras personas que trabajan con nosotros. Entre las personas que trabajan con nosotros se encuentran:

- Todos los empleados, el personal y demás trabajadores del DHS
- TennCare
- El estado de Tennessee
- El gobierno federal
- Los proveedores de atención médica que le brindan servicios a usted

El DHS divulgará información sobre usted para:

- Asegurarse de que usted reciba el tratamiento médico que necesita.
- Obtener el pago para los médicos que le atienden.
- Revisar nuestro programa para verificar que usted obtenga los beneficios a los que tiene derecho.
- Proporcionar ayuda si la salud o la seguridad de alguien está en peligro.
- Informar de casos de maltrato o abandono.
- Avisarle de sus citas y proporcionarle otra información.
- Cumplir con la ley de indemnización al trabajador (*Workers' Compensation*).
- Verificar el funcionamiento de los programas de salud.

También podemos divulgar información sobre usted a:

- Su familia y otras personas que participan en su atención médica. Usted puede pedirnos que no les proporcionemos información. Si podemos, haremos lo que nos pida. Si usted es menor de edad, o se encuentra en una situación de emergencia, tal vez no podamos hacer lo que nos pide.
- El Tribunal, cuando la ley lo disponga o cuando se nos ordene que lo hagamos.
- Las autoridades del orden.
- Los organismos de Salud Pública, para actualizar los expedientes de nacimientos y defunciones, o para dar seguimiento a enfermedades.
- Las dependencias de gobierno.

Usted tiene el derecho de:

- Ver sus expedientes médicos.
- Obtener copias de sus expedientes médicos.
- Hablar con nosotros sobre cómo usamos y divulgamos su información médica.
- Pedirnos que modifiquemos la información sobre su salud que usted considere incorrecta. Debe solicitar esto por escrito y explicar la razón. Tal vez no podamos modificarla y, si no lo hacemos, le explicaremos por qué.
- Pedirnos una lista de quién ha recibido su información médica desde el 14 de abril de 2003. Debe solicitar esto por escrito; sin embargo, si tenemos su permiso para divulgar información, no estamos obligados a darle la lista. Asimismo, si usamos la información para proporcionarle atención médica, ayudar con el pago de su atención o cumplir con nuestro programa, tampoco estamos obligados a proporcionarle la lista.
- Pedirnos que no divulguemos algunos datos de su información médica. Debe solicitar esto por escrito; e indicarnos los datos que no desea que divulguemos. También debe decirnos a quién no desea que proporcionemos información; sin embargo, puede haber algunas ocasiones en que no podamos aceptar su solicitud, y le explicaremos por qué.
- Revocar su consentimiento de divulgación de su información médica. Si usted firma un formulario de consentimiento, puede revocarlo en cualquier momento. No obstante, debe hacerlo por escrito, y esto no cambiará ningún dato que ya hayamos divulgado.
- Pedirnos que nos comuniquemos con usted de otra forma o a un domicilio distinto. Debe solicitar esto por escrito.

- Pedir un nuevo aviso de las prácticas de privacidad del DHS.

¿Tiene preguntas? ¿Tiene una queja sobre sus derechos de privacidad? Puede llamar o escribir a una de las oficinas a continuación. Usted no perderá su elegibilidad por presentar una queja o hacer preguntas.

Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37248, o llame al 615-313-4700.

Office of Civil Rights, Medical Privacy, Complaint Division, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, o llame al 866-624-7748.

[Aviso de privacidad del DHS. Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003]

Su derecho a una audiencia justa:

¿Qué puede hacer usted si no está de acuerdo con la decisión que nosotros tomemos sobre su solicitud o su caso? Puede apelar para que se celebre una audiencia justa. Puede representarse usted mismo en esta audiencia. También puede venir acompañado por un amigo, pariente o abogado que le represente. Después de enterarse de nuestra decisión, tiene 90 días para presentar una apelación para beneficios de Families First y cupones de alimentos Food Stamps; y 40 días, para Medicaid/TennCare Standard. Si desea presentar una apelación, hable con su asistente social del DHS. También puede llamar sin cargo al Centro de Servicios de Asistencia Familiar (*Family Assistance Service Center*), al 1-866-311-4287.

Permiso para entregar información de asistencia a la escuela:

Yo (cliente) doy permiso para que la información de asistencia a la escuela de los niños que yo incluí en esta solicitud se pueda entregar al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee por el Departamento de Educación de Tennessee o por la escuela de mi hijo. El Departamento de Servicios Humanos usará estos expedientes, incluidos los números de Seguro Social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones del programa Families First, y los expedientes serán destruidos cuando ya no se necesiten.