



Servicios de Salud y
Sociales de Delaware (DHSS)
Información sobre el programa,
derechos y deberes

SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES DE DELAWARE (DHSS)
INFORMACIÓN PARA ASISTENCIA DE DINERO EN EFECTIVO, ASISTENCIA DE GUARDERÍA,
PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
Y ASISTENCIA MÉDICA

REVISADO 9/2014

35-07-01-98-12-09



SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES DE DELAWARE (DHSS)
INFORMACIÓN PARA OBTENER ASISTENCIA DE DINERO EN EFECTIVO,
ASISTENCIA DE GUARDERÍA, EL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y ASISTENCIA MÉDICA

Bienvenidos al Estado de Delaware,
Servicios Sociales y de Salud de Delaware

Este documento le proporcionará un resumen sobre los programas de DHSS y le explicará sus derechos y deberes conforme se aplican a la Asistencia de Guardería, al Programa de Alimentación Complementaria (FSP), a la Asistencia General (GA), a la Asistencia Médica y a la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).

En los encabezamientos de este folleto se encuentran los símbolos de los programas. Estos símbolos le ayudarán a identificar los diferentes programas.

Símbolos	Programas
	Asistencia de Dinero en Efectivo: Asistencia General (GA), Asistencia de Dinero en Efectivo para Refugiados (RCA) y Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
	Asistencia de Guardería (ayuda con el costo de los servicios de guardería)
	Programa de Alimentación Complementaria (ayuda para los gastos mensuales de alimentación)
	Programas de Asistencia Médica (citas médicas, hospitalización, recetas médicas, laboratorio, radiografías y otros servicios médicos)

Línea de ayuda de Delaware	1-800-464-4357 o 211
Relaciones con el cliente de DSS/DMMA	1-800-372-2022
Atención al cliente de EBT	1-800-526-9099
Gerente de beneficios de salud	1-800-996-9969
Seguridad Social	1-800-772-1213
Medicare Parte D	1-800-Medicare
Transporte LogistiCare	1-866-412-3778 (Reservaciones) 1-866-896-7211 (<i>Where's My Ride</i> , Dónde está mi transporte)

Para mayor información, visite nuestro sitio web en: www.state.de.us/dhss



Asistencia de Guardería

La Asistencia de Guardería paga todos o parte de los gastos de guardería de las familias elegibles. Es posible que los padres tengan que pagar una suma basada en sus ingresos. No se cuentan los ingresos de las personas encargadas del cuidado. Los participantes de TANF o Programa de Transición al Trabajo y los niños asignados por la División de Servicios a la Familia no pagan nada.

Elegibilidad para el programa de Asistencia de Guardería:

- Debe reunir los requisitos del límite de ingresos teniendo en cuenta la cantidad de integrantes de la familia.
- Trabaja o participa en actividades laborales o de capacitación, o
- Participa en un programa de educación autorizado, o
- El padre/la madre tiene alguna necesidad especial.
- Las familias deben cooperar con la División de Cumplimiento de Sustento al Menor.



Programa de Alimentación Complementaria

Los beneficios de alimentación les permiten a las familias aumentar su presupuesto para los alimentos.

Elegibilidad para el programa de Alimentación Complementaria:

- Límite máximo de ingresos brutos mensuales según la cantidad de integrantes de la familia
- Las personas viven y comen juntas
- Se consideran la edad y las relaciones en la familia

Los deducibles permitidos pueden incluir:

- Porcentaje de los ingresos percibidos
- Parte de los gastos de vivienda y servicios públicos
- Costos por el cuidado de dependientes
- Sustento al menor obligatorio por decreto de un tribunal
- Gastos médicos de las personas de 60 años o mayores o que reciben pagos por incapacidad



Asistencia General (GA)

GA es un programa de asistencia de dinero en efectivo para las personas de bajos ingresos que no reúnen los requisitos para programas subvencionados por el gobierno federal tales como TANF o Seguro Social.

Elegibilidad para el programa de GA:

Debe ser elegible desde el punto de vista financiero y reunir uno de los siguientes requisitos:

- Tener entre 18 y 54 años de edad y no poder trabajar por razones médicas
- Tener que quedarse en casa para cuidar a algún integrante de la familia que esté enfermo
- Tener 55 años o más
- Ser un estudiante de secundaria mayor de 18 años de edad que se gradúa en los próximos 2 años
- Límite de recursos de \$1000



Programas de Asistencia Médica

Programa de Medicaid

Medicaid ofrece cobertura médica integral para los residentes de bajos ingresos de Delaware. La elegibilidad se basa en los ingresos de la familia, la cantidad de integrantes de la familia y la edad. Puede que esté sujeto a copagos.

Los beneficios de Medicaid pueden incluir:

- Farmacia
- Atención de médicos
- Atención hospitalaria como paciente hospitalizado o ambulatorio
- Análisis de laboratorio
- Equipos médicos duraderos
- Terapia
- Atención médica domiciliaria
- Radiografías
- Servicios de transporte
- Atención dental y anteojos para menores
- Atención de salud mental/de la conducta

Programa de Niños Saludables de Delaware (DHCP)

DHCP ofrece seguro médico a niños sin seguro. Las familias que reúnen los requisitos de elegibilidad pagan una prima mensual de \$15 o \$25 por familia según sus ingresos.

Los beneficios de DHCP incluyen:

Medicaid cubre todos los servicios médicos excepto transporte médico que no sea de emergencia.

Programa de asistencia médica para quienes no son ciudadanos

Algunas personas que no sean ciudadanas (los extranjeros) pueden ser elegibles solo para servicios de emergencia y para servicios de parto.

Programa de Asistencia para Medicamentos Recetados de Delaware (DPAP)

DPAP ofrece asistencia para medicamentos por receta médica a personas mayores o discapacitadas de bajos ingresos que no tienen cobertura para obtener medicamentos de venta bajo receta. La farmacia que entrega el medicamento cobra el copago. Los beneficiarios de Medicare tienen que estar inscritos en Medicare Parte D para ser elegibles para DPAP.

DPAP ofrece:

Beneficios para medicamentos recetados de hasta \$3000 por persona al año.

Contacte al 1-800-996-9969

Programa de Enfermedad Renal Crónica

El Programa de Enfermedad Renal Crónica ofrece servicios a las personas diagnosticadas con una enfermedad renal terminal y que reúnan los requisitos de elegibilidad.

Elegibilidad para el Programa de Enfermedad Renal Crónica:

- Que le hayan diagnosticado una enfermedad renal terminal y reciba diálisis o que le hayan hecho un trasplante de riñón
- Reunir los requisitos sobre los límites de ingresos y de recursos
- Primero se tienen que usar los demás seguros (Medicare, Medicaid, VA, seguro privado, etc.)

Los servicios pueden incluir:

- Diálisis
- Medicamentos
- Suplementos nutricionales
- Transporte de ida y vuelta a la unidad de diálisis o al hospital del trasplante

Programas Suplementarios de Medicare

Programa para Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)

QMB paga las primas, los copagos y deducibles de Medicare Parte A y B. No paga por los medicamentos recetados ni transporte médico.

Elegibilidad:

- Derecho a Medicare Parte A
- Reunir los requisitos del límite de ingresos según la cantidad de integrantes de la familia.

Programa para el Beneficiario de Medicare con Bajos Ingresos Especificados (SLMB)

SLMB paga la prima de Medicare Parte B solamente. SLMB podría pagar hasta tres meses de primas mensuales retroactivas si es elegible durante esos meses.

Elegibilidad:

- Derecho a Medicare Parte A
- Reunir los requisitos del límite de ingresos según la cantidad de integrantes de la familia.

Programa para Individuo Calificado 1 (QI-1)

QI-1 paga la prima del Medicare Parte B solamente. QI-1 podría pagar hasta tres meses de primas mensuales retroactivas si es elegible durante esos meses.

Elegibilidad:

- Derecho a Medicare Parte A
- Reunir los requisitos del límite de ingresos según la cantidad de integrantes de la familia.

Programas de Atención a Largo Plazo de Medicaid

Programas de Atención a Largo Plazo de los Servicios Comunitarios

Este programa proporciona a las personas que reúnen los requisitos para el programa de Instituciones de Asilos de Ancianos de Medicaid una alternativa a vivir en un asilo de ancianos. Este programa permite a la persona quedarse en su propio hogar o en una vivienda asistida de manera cómoda y segura al proporcionarle servicios comunitarios especiales.

Elegibilidad:

- Reunir los requisitos sobre el límite de ingresos
- Reunir los requisitos sobre el límite de recursos
- Nivel médico de atención

Servicios prestados:

- Todos los servicios regulares de Medicaid
- Gestión de casos
- Servicios de cuidado personal
- Asistencia diurna tanto médica como social
- Relevos familiares
- Sistema de respuesta a emergencias
- Ortesis y prótesis
- Servicios cognitivos
- Vivienda asistida
- Servicios de salud mental (SIDA/VIH)
- Nutrición complementaria (SIDA/VIH)

Llame a la División de Medicaid y Asistencia Médica

Unidad de admisión central

1-866-940-8963

Programa de Atención para Personas Mayores con Todo Incluido (PACE)

Este programa proporciona atención integral y servicios de base comunitaria a las personas que cumplen con los niveles de atención en asilos de ancianos conforme lo definen los criterios de Medicaid de Delaware. PACE proporciona todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid según el equipo de atención médica de PACE los determine necesarios. También cubre otros servicios necesarios para mantener a personas en la comunidad si aquellos servicios forman parte del plan de atención desarrollado por el equipo de atención médica de PACE.

Elegibilidad:

- Reunir los requisitos sobre el límite de ingresos
- Reunir los requisitos sobre el límite de recursos
- Nivel médico de atención
- Vivir en el área de servicio especificada de PACE
- Tener 55 años de edad o más

Ejemplos de estos servicios incluyen:

- Atención primaria (incluidos los servicios del médico y de enfermería)
- Atención hospitalaria
- Servicios de especialistas médicos
- Medicamentos recetados
- Servicios de emergencia
- Cuidado en el hogar
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Cuidado de adultos durante el día
- Terapia recreativa

- Comidas
- Odontología
- Asesoramiento nutricional
- Servicios de laboratorio y de radiografías
- Asesoramiento de trabajo social
- Transporte

Llame a la División de Medicaid y Asistencia Médica

Unidad de admisión central

1-866-940-8963

Exención de los servicios para discapacidades del desarrollo

La División de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (DDDS) dirige el programa. Proporciona a las personas con discapacidades del desarrollo que necesitan un nivel de atención intermedio la alternativa de vivir en la comunidad en lugar de hacerlo en una institución.

Elegibilidad:

- Activo con DDDS
- Reunir los requisitos sobre el límite de ingresos
- Reunir los requisitos sobre el límite de recursos
- Necesidad de un nivel de atención intermedio

Servicios prestados:

- Todos los servicios de Medicaid
- Gestión de casos
- Servicios de habilitación
- Servicios de formación preprofesional
- Servicios de apoyo para empleos
- Servicios de habilitación diurna
- Servicios de relevo familiar
- Apoyo clínico

Llame a la División de Servicios para Discapacidades del Desarrollo al 302-744-9600.

Programa de Instituciones de Asilos de Ancianos

Este programa ayuda con el pago por la atención en asilos de ancianos en instituciones autorizadas por el Medicaid de Delaware.

Elegibilidad:

- Reunir los requisitos sobre el límite de ingresos
- Reunir los requisitos sobre el límite de recursos
- Nivel médico de atención

Servicios:

- Todos los servicios de Medicaid
- Ayuda a pagar los gastos de habitación y comida en asilos de ancianos
- Servicios de enfermería

Llame a la División de Medicaid y Asistencia Médica

Unidad de admisión central

1-866-940-8963

Programa de Atención Hospitalaria Aguda de 30 días

Este programa ayuda a las personas que están en un hospital o en una institución autorizada de atención a largo plazo durante 30 días o más.

Elegibilidad:

- Reunir los requisitos sobre el límite de ingresos
- Reunir los requisitos sobre el límite de recursos
- Estar hospitalizado durante 30 días consecutivos o
- en un hospital o centro autorizado de rehabilitación durante 30 días consecutivos

Servicios:

- Pago de los gastos de hospital, de doctor y servicios médicos
- Habitación y comida en un centro de rehabilitación autorizado

Llame a la División de Medicaid y Asistencia Médica

Wilmington	302-577-2174
Newark	302-368-6610
Smyrna	302-514-4560
Dover	302-857-5070
Milford	302-424-7210
Georgetown	302-856-5379

Programa de Alternativas en la Comunidad para Niños con Discapacidades

Este programa ofrece cobertura médica a niños menores de 19 años de edad sin tener en cuenta los ingresos y los recursos de los padres.

Elegibilidad:

- El menor reúne los requisitos del límite de ingresos
- El menor reúne los requisitos del límite de recursos
- Nivel médico de atención

Servicios:

- Todos los servicios de Medicaid

- Gestión de casos
- Suplementos nutricionales
- Atención de guardería si así se determina

Llame a la División de Medicaid y Asistencia Médica

Wilmington	302-577-2174
Newark	302-368-6610
Smyrna	302-514-4560
Dover	302-857-5070
Milford	302-424-7210
Georgetown	302-856-5379



Asistencia de Dinero en Efectivo para Refugiados (RCA)

La Asistencia de Dinero en Efectivo para Refugiados se les ofrece a los refugiados necesitados que no tienen menores de edad relacionados en el hogar. Estos beneficios de dinero en efectivo, que están subvencionados por el gobierno federal, están a disposición durante los primeros ocho meses después que el refugiado llega al país o a partir de la fecha de la determinación de su situación como refugiado.



Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

TANF es el programa de Reforma del Bienestar Público de Delaware. Tanto el Estado como la familia tienen deberes mutuos. La familia tiene que aceptar su deber de hacerse independiente y autónoma.

Elegibilidad para el programa TANF:

- El adulto tiene que tener a su cargo el cuidado de un niño menor de edad
- La familia tiene que ser elegible desde el punto de vista económico
- Límite de recursos de \$10 000

Sus derechos

Ley de Privacidad/Números de Seguro Social

Las leyes federales exigen la recopilación de información al momento de la solicitud, incluidos los números de seguro social (SSN). Proporcionar esta información, incluido el SSN, es voluntario. No obstante, si esta información, incluido el SSN de cada

integrante de la familia por el que solicita, no se proporciona, puede producirse la denegación de los beneficios a su grupo familiar o a un miembro de este. Debe proporcionarnos los números de seguridad social (SSN) de todos los integrantes del grupo familiar para los que solicite asistencia de dinero en efectivo, beneficios de alimentación y asistencia médica. La División de Servicios Sociales y la División de Medicaid y Asistencia Médica pedirán el SSN de cualquier persona cuyos ingresos se utilicen para determinar la elegibilidad aunque no es un requisito. A los extranjeros sin categoría migratoria legal no se les exige que proporcionen un SSN para la Asistencia Médica ni para la Asistencia de Guardería. Los extranjeros sin categoría migratoria pueden ser elegibles para servicios de emergencia y para servicios de parto.

Usaremos el SSN para determinar la elegibilidad inicial y su continuidad, verificar la identidad y la ciudadanía de los integrantes de la familia, evitar participación duplicada y ayudarnos a hacer cambios colectivos. También usaremos el SSN para verificar la información que usted nos dé y la que tenemos sobre su persona en nuestros archivos y compararla con la información de otros sistemas computarizados de cotejo de otras agencias del gobierno federal, estatal y local. Esto podría significar que necesitemos contactar a los empleadores, los bancos y otros terceros relacionados con los integrantes de la familia.

Si usted recibe beneficios a los que no tiene derecho, la información que aparece en esta solicitud —incluido el SSN de cada uno de los solicitantes de la familia— podría ser enviada a agencias estatales/federales, así como a agencias privadas de cobro para el cobro de reclamaciones. También usaremos esta información para el control del cumplimiento con los reglamentos del programa y para la gestión del programa. Si nos proporciona información falsa de forma deliberada, podríamos iniciar acciones legales en su contra.

Derecho a una audiencia justa/apelación para Asistencia de Dinero en Efectivo, Asistencia de Guardería y Beneficios de Alimentación

Tenga en cuenta que usted, o su representante, pueden apelar a DHSS, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. o al Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA, para los beneficios de alimentación) si usted no está satisfecho con la decisión que la División haya tomado o si piensa que lo han discriminado por su raza, color, país de origen, sexo, religión, edad, discapacidad, o ideas políticas. Como parte del proceso de apelación, un abogado o cualquier otra persona que usted escoja lo puede representar en una audiencia. Si usted no está satisfecho con la decisión tomada en la audiencia justa, puede solicitar una revisión judicial en el Tribunal Superior del Condado donde usted resida. La solicitud para una revisión judicial debe presentarse en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la decisión de su audiencia justa.

Derecho a una apelación/audiencia justa de Medicaid

Tiene derecho a solicitar una audiencia por una decisión u omisión que afecte sus beneficios o que usted sienta que es injusta o incorrecta. Tiene 90 días a partir de la fecha del aviso de la División para solicitar una audiencia. En la audiencia, puede

representarse a sí mismo o puede tener a otra persona, como un abogado, un amigo o un familiar que lo represente.

Declaración de no discriminación

El Departamento de Agricultura de EE.UU. prohíbe que se discrimine a sus clientes, empleados y postulantes para empleo debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y en los casos en que sea pertinente, por sus ideas políticas, estado civil, situación familiar o paterna, orientación sexual, o debido a que todo o parte de los ingresos del individuo provengan de programas de asistencia pública, o debido a información genética protegida en empleos o en algún otro programa o debido a actividades realizadas o subvencionadas por el Departamento. (No todos estos motivos son aplicables a todos los programas y/o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja por discriminación al programa de Derechos Civiles, llene el Formulario de Queja por Discriminación en un Programa del USDA que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar uno. También puede redactar una carta con toda la información que se pide en el formulario. Envíenos el formulario de queja completo o la carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410; por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas o que tienen dificultades auditivas o alguna discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español).

Para cualquier otra información relacionada con problemas concernientes al Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria (SNAP), la persona se puede comunicar con la línea directa de SNAP del USDA llamando al (800) 221-5689, que también funciona en español. Puede también llamar a los números de información/las líneas directas del estado (haga clic en el enlace para ver la lista de números de líneas directas por estado) que se encuentra en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Autorización para recibir información acerca de la prevención del embarazo

Usted está autorizada a recibir información sobre prevención del embarazo. Si desea recibir esta información puede llamar a *Planned Parenthood* (Planificación familiar) al 800-230-PLAN (7526). Si desea recibir información sobre la prevención de embarazos en adolescentes, también puede llamar a la *Alliance for Adolescent Pregnancy Prevention* (Alianza para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia) al 302-428-4179. También puede llamar a la línea de ayuda de Delaware al 800-464-4357 para

informarse sobre la clínica de Planificación Familiar de Salud Pública más cercana en su zona.

Divulgación de Información

Para todos los programas

Toda información y documentación obtenida para determinar su elegibilidad para Asistencia de Dinero en Efectivo, Asistencia de Guardería, Beneficio de Alimentación y Asistencia Médica es confidencial. Cada programa cuenta con medidas de protección que limitan el uso y la divulgación de la información sobre su persona solo para los fines directamente relacionados con la administración del programa.

El revelar información relacionada con su elegibilidad a cualquier persona que no esté autorizada a recibir dicha información es un incumplimiento de las leyes estatales y federales y podría ocasionar el inicio de acciones legales.

Mantendremos la confidencialidad de la información sobre su elegibilidad, a no ser que usted nos dé permiso para revelar dicha información a terceros.

Para los programas de Asistencia de Dinero en Efectivo y de Alimentación Complementaria

Si un oficial de una agencia a cargo del cumplimiento de la ley, que se encuentre desempeñando sus funciones oficiales nos da el nombre del beneficiario y le informa a DHSS que la persona:

- Se fugó para evadir ser enjuiciado, detenido o recluido por un delito mayor, o
- Ha violado una de las condiciones de su libertad condicional o libertad a prueba, o
- Tiene información que el oficial necesita para llevar a cabo sus funciones oficiales y que está relacionada con un delito mayor o violación de libertad condicional

Pondremos a su disposición:

- El SSN, una fotografía (si está disponible) y la dirección del beneficiario del Beneficio de Alimentación.
- La dirección del beneficiario de Asistencia de Dinero en Efectivo.

Sus deberes

Cooperación con las revisiones especiales

Usted tendrá que cooperar completamente con el personal del estado o del gobierno federal en cualquier revisión especial de su caso. La falta de cooperación puede

ocasionar el cierre de su caso (Asistencia de Dinero en Efectivo, Asistencia de Guardería, Beneficios de Alimentación, pero no de Asistencia Médica).

Tarjeta electrónica de transferencia de beneficios (EBT), Delaware's Food First

Los beneficios de alimentación se emiten en una tarjeta EBT. Una vez aprobados sus beneficios, se le enviará su EBT por correo. Debe llamar al servicio al cliente de J.P. Morgan al 1-800-526-9099 para seleccionar su número de identificación personal (PIN). Tiene que mantener en secreto su PIN. Le rogamos que **no** escriba su PIN en la tarjeta ni en un lugar que no sea seguro y que **no** le dé su PIN a nadie. No use un PIN que sus familiares puedan adivinar fácilmente, como su fecha de nacimiento. Si alguien se lleva su tarjeta EBT y usa su PIN para recibir sus beneficios sin su permiso, no se reemplazarán sus beneficios.

Si pierde o le roban la tarjeta EBT, DEBE LLAMAR inmediatamente al número gratuito de servicio al cliente de J.P. Morgan al 1-800-526-9099.

De no llamar inmediatamente a este número para que congelen su cuenta y que nadie use sus beneficios, no se reemplazarán los beneficios que le falten. El número está a su disposición las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Nombramiento del jefe de familia

Las familias de padres adultos con niños o de adultos que tienen control de la paternidad de un niño tienen la opción de escoger su jefe de familia. Le rogamos lea lo siguiente:

La persona escogida tiene que ser el padre/la madre del niño, independientemente de la edad o tener control de la paternidad de un niño menor de 18 años de edad.

- Todos los integrantes adultos de la familia tienen que estar de acuerdo con la selección.
- El no escoger a un jefe de familia o no llegar a un acuerdo sobre ello no retrasará sus beneficios.
- Si usted no escoge uno o los adultos se ponen de acuerdo en la selección, se escogerá a la persona con el mayor sueldo.
- Puede escoger un jefe de familia en cada certificación y cada vez que cambie la composición de la familia.

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Renuncia al empleo de TANF

La sanción para las personas que renuncian a su empleo sin causa justificada y no cumplen con los requisitos de posterior búsqueda de empleo será el cierre el caso de TANF durante un mes o hasta que la persona obtenga un empleo con un sueldo similar o mejor. Si la persona participa en actividades laborales autorizadas durante la

cantidad de horas necesarias por un período de cuatro semanas consecutivas, se puede reabrir el caso.

Programas de Asistencia Médica

- Leí o se me leyeron todas las declaraciones de este formulario y la información que doy es cierta y está completa a mi leal saber y entender. Entiendo que se me podría sancionar si a sabiendas doy información falsa. Entiendo que toda la información que doy es confidencial y que las leyes federales y estatales imponen límites a la divulgación de información sobre mi persona.
- Entiendo y estoy de acuerdo en entregar comprobantes de todo lo declarado. Entiendo y estoy de acuerdo en que los Servicios de Salud y Sociales de Delaware (DHSS) podrían comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias para mi elegibilidad.
- Tengo que dar el número de seguro social de cada una de las personas incluidas en esta solicitud y se usará para verificar los registros con otras agencias gubernamentales. DHSS también requiere que dé el número de seguro social de toda persona cuyos ingresos serán usados para determinar mi elegibilidad. Los extranjeros sin categoría migratoria legal no tienen que dar su número de seguro social.
- Entiendo que se procesará esta solicitud independientemente de mi raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, país de origen o convicciones políticas.
- Entiendo que tengo que solicitar y aceptar otros beneficios a los que pudiera tener derecho tales como Subsidios por Desempleo o Seguro Social.
- Permitiré que DHSS o sus representantes actúen en mi nombre en el cobro de toda suma que los programas de asistencia médica hayan gastado si otro dinero, por ejemplo de seguros médicos, etc., estuviera disponible para pagar mis cuentas médicas.
- Puede que tenga que reembolsarle a DHSS la asistencia médica recibida a la cual no tuviera derecho. Mi obligación de reembolsar dicha asistencia se aplica tanto durante el período de elegibilidad como cuando ya no reciba asistencia médica.
- Por ley y como condición de mi elegibilidad, le cedo a DHSS todos mis derechos a asistencia médica y al pago de atención médica por terceros, y entiendo que tengo que cooperar con la División de Cumplimiento de Sustento al Menor para ayudar a establecer la paternidad y obtener ayuda médica para cualquier menor que reciba asistencia médica.

- Entiendo que no se les exige a las mujeres embarazadas y puérperas que cooperen para ayudar a establecer paternidad y obtener asistencia médica y que puedo alegar que tengo motivo fundado para negarme a cooperar para establecer la paternidad o identificar y proporcionar información sobre terceras partes responsables.
- Entiendo que como beneficiario de asistencia médica automáticamente recibiré todos los servicios de apoyo para el sustento de menores de la División de Cumplimiento de Sustento al Menor, a no ser que indique que solo deseo recibir servicios de apoyo para el sustento de menores relacionados con asistencia médica.
- Entiendo que si soy solicitante/beneficiario de Medicaid o del Programa de Niños Saludables de Delaware tengo derecho a una audiencia justa si no estoy de acuerdo con la decisión tomada en cuanto a mi elegibilidad. Entiendo que puedo elegir que me represente un abogado o cualquier otra persona de mi elección.
- Estoy de acuerdo en permitir que DHSS, ya sea directamente o a través de sus agentes, o que el Diamond State Health Plan o el Programa de Niños Saludables de Delaware tengan acceso a todos los archivos médicos y los archivos médicos y de servicios afines generados en las escuelas de cada uno de los miembros de mi familia que sean elegibles para asistencia médica para administrar el programa de asistencia médica, coordinar la atención, determinar necesidades médicas y evaluar o pagar por servicios médicos incurridos o pendientes.
- Certifico, bajo pena de perjurio, que soy ciudadano de EE. UU. o extranjero con categoría migratoria legal. Debo proporcionar prueba de categoría migratoria legal y se verificará con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU. (USCIS). El estado de extranjero sin categoría migratoria legal no se verificará. Esto no influirá en ninguna determinación de carga pública ni conducirá a procesos judiciales de deportación. Los extranjeros sin categoría migratoria legal pueden ser elegibles para servicios de emergencia y de parto únicamente.
- Acepto informar en el plazo de 10 días los cambios en mi situación que pudieran afectar mi elegibilidad, tales como un cambio en la cantidad de personas que viven conmigo, un trabajo nuevo o cambio en los ingresos o si me mudo.
- Esta solicitud debe estar firmada por un integrante de la familia adulto (de 18 años o mayor), un menor emancipado (menor de 18 años) o un representante autorizado.
- He recibido los “Derechos y Deberes” y comprendo lo que significan.

- **Se brindaron servicios de traducción o un integrante de la familia u otra persona estuvo presente para traducir.**

Derecho a un aviso por escrito

La División tomará la decisión sobre la elegibilidad en el plazo de 30 días a partir de la recepción de su solicitud para los beneficios de alimentación, en el plazo de 45 días para Medicaid (incluidos QMB/SLMB) y en el plazo de 90 días para la atención a largo plazo de Medicaid. Si sus beneficios se modifican, suspenden o terminan, le explicaremos el motivo por medio de un aviso en el plazo de 10 días de tomar la medida.

Asistencia de Guardería

Comprenda:

También tiene que demostrar lo siguiente:

- Que no había disponibilidad de guardería aceptable a la distancia razonable de una hora ya sea de su casa o de su trabajo; o
- Que usted no pudo hacer planes para que algún familiar le cuidara a su niño o para que alguien viniera a su casa a cuidar a su niño; o
- Que usted no pudo encontrar una guardería aceptable y asequible.

Si usted no pudo encontrar una guardería debido a alguna de las razones anteriores, se lo tiene que decir a su trabajador. Su trabajador analizará este asunto con usted.

Usted tiene que demostrar que tiene algún problema (por ejemplo, que usted visitó cinco proveedores o más y ninguno de los proveedores tenía cupo para su niño). DSS le informará si estamos de acuerdo en que usted tiene problemas para encontrar guardería. En algunos casos, DSS podría remitirlo a otra fuente para ayudarlo a encontrar el cuidado que necesita. Durante este tiempo, DSS no puede sancionarlo por no participar en un empleo u otras actividades laborales. Esto no extenderá su límite de tiempo para recibir beneficios.

Como participante del Programa de Guardería de DSS, usted entiende lo siguiente:

Tendré que participar con la División de Cumplimiento de Sustento al Menor (DCSE) para obtener cualquier apoyo financiero que esté disponible para todos los niños del hogar que actualmente no tengan una orden de sustento al menor. La División de Sustento al Menor determina todos los esfuerzos de buena fe que prohíban la no cooperación.

- Puede que le exijan pagar una parte del costo de los gastos de guardería de su niño. La suma se basa en sus ingresos y el número de componentes de su familia. (Su trabajador le informará de la cantidad de la suma, o si tiene que pagar una suma).

- Si su niño se ausenta, DSS le pagará al proveedor de cuidados de su niño entre 1 y 5 días de ausencias al mes.
- Usted tiene que notificarnos, en un plazo de diez días, cualquier cambio que afecte ya sea su necesidad de asistencia de guardería subsidiada o sus ingresos. Tiene que notificarnos los cambios que le afecten a usted, a su esposo(a), al otro padre/madre de su hijo que viva en su hogar o a su(s) hijo(s), si es aplicable.

Algunos de los cambios que nos tiene que notificar son:

- Si consigue un trabajo, lo despiden, cambia de trabajo, consigue un segundo trabajo, deja de tener un segundo trabajo, recibe sustento al menor, beneficios para veteranos. Si recibe un aumento o una disminución de salario de \$75 o más al mes. Si recibe un aumento o disminución de asistencia pública, seguro social, sustento al menor, beneficios de veteranos de \$75 o más al mes. Si se matricula en una clase de capacitación o educación, si termina alguna capacitación, si ya no necesita guardería para niños con necesidades especiales; cambios en su estado civil, en la cantidad de integrantes de la familia y cambio de dirección.
- Como participante del Programa de Asistencia de Guardería de DSS usted también entiende:
 - Que la información que nos dé estará sujeta a verificación por parte de funcionarios del gobierno federal, estatal y local. Si se determina que no es correcta, usted podría estar sujeto a acciones judiciales por haber dado información falsa a sabiendas.
 - Si usted no tiene documentos para verificar la información necesaria, está de acuerdo en dar el nombre de la persona u organización que DSS puede contactar para obtener verificación y que usted autoriza al personal de DSS a verificar toda declaración que usted haga relacionada con su solicitud para servicios de guardería.
 - Si usted tiene pensado cambiar de proveedor de servicios de guardería durante el período de autorización indicado, le tiene que notificar a su trabajador al menos cinco días antes de trasladar a su hijo para que puedan procesar una autorización nueva.
 - Le notificará a su proveedor actual si tiene la intención de trasladar a su hijo al menos cinco días de atención previos a trasladar a su(s) hijo(s) y pagará y realizará los arreglos para pagar cualquier suma pendiente antes de la aprobación de otro proveedor.
 - Usted podría ser responsable de pagarle a su proveedor de servicios de guardería a la tasa de pago privada del proveedor si no da lugar a que se realice nuevamente la determinación de elegibilidad para recibir los servicios.
 - Puede que su proveedor cobre una suma por recoger a su hijo pasada la hora indicada, por pagos morosos, sumas adicionales de POC y por excursiones.
 - Usted no es responsable de ninguna otra suma que el proveedor cobre que no esté incluida en el Contrato o Certificado de Servicios de Guardería.

- Le tendrá que reembolsar a DSS por los pagos que se hagan por su(s) hijo(s) si continúa usando la guardería aunque ya no sea elegible para recibir ese servicio.
- Usted tiene que notificarnos, en un plazo de diez días, cualquier cambio que afecte ya sea su necesidad de asistencia de guardería o sus ingresos. Tiene que notificarnos los cambios que le afecten a usted, a su esposo(a), al otro padre/madre de su hijo que viva en su hogar o a su(s) hijo(s), si es aplicable.

En consideración a los pagos que DSS haga, por este medio usted exonera a DSS de toda reclamación o procedimiento judicial y acepta no responsabilizar a DSS por ninguna lesión, afección o enfermedad que su hijo sufra y que surja como resultado o durante el período de servicio.

Solicitudes para otros beneficios para los programas de TANF y Asistencia Médica

Usted entiende que tiene que solicitar y aceptar otros beneficios a los que pudiera tener derecho tales como los subsidios por desempleo o Seguro Social.

Acuerdo de Reembolso

Usted entiende:

- Que tiene que reembolsar a DHSS por toda asistencia (CC, GA, FSP, MA o TANF) o servicio médico recibido que supere lo que esté previsto que usted debiera recibir, incluso aunque ya no esté recibiendo un beneficio.
- Todos los meses se le hará una deducción de sus beneficios de GA, FSP, TANF tal y como se establece en el manual de DHSS hasta que se pague en su totalidad la suma que deba.
- Cuando se cierre, si es que se cierra su caso vigente, usted tendrá la obligación de pagar en su totalidad el saldo de todo pago de más que se haya hecho de alguna de las siguientes maneras:
 1. Pagos mensuales a los Servicios de Auditoría y Gestión de Cobros;
 2. El Programa de Remisión a Empleos;
 3. Embargo voluntario de sueldo;
 4. Interceptación de los reembolsos de la carga impositiva estatal y/o federal;
 5. Interceptación de premios de lotería;
 6. Retención de beneficios de subsidios por desempleo; o
 7. Retención o reducción de pagos federales entre los que se encuentran:
 - a. Reembolsos del impuesto a las ganancias;
 - b. Salarios federales, incluido el salario de las fuerzas armadas;
 - c. Retiro federal, incluida la pensión de retiro de las fuerzas armadas;
 - d. Pagos de contratista/vendedor;

- e. Pagos de beneficios federales, tales como Seguro Social, Pensión Ferroviaria, y beneficios por Enfermedad Pulmonar Minera (parte B), y
- f. Otros pagos federales, incluidos algunos préstamos a usted que no estén exentos de compensación.

8. Cobro a cuentas de EBT activas o vencidas.

Asimismo, usted entiende que todo saldo por pagar se le deducirá automáticamente si usted volviera a ser beneficiario de Asistencia de Dinero en Efectivo o Beneficio de Alimentación.

Advertencia sobre las sanciones

Verificaremos la información que nos dé para cerciorarnos de que su familia sea elegible para recibir la Asistencia de Dinero en Efectivo y los Beneficios de Alimentación. Funcionarios del gobierno federal, estatal y local verificarán la información que usted nos proporcione. Revisaremos en el Sistema de Verificación del Estado de Ingresos y Elegibilidad, otros sistemas de computación, revisiones y auditorías de programas. Puede que también enviemos cierta información al Servicio de Inmigración y Ciudadanía de EE. UU. (USCIS) para comprobar si la información que usted nos proporcionó es correcta. No revisaremos el estado de extranjeros que no tengan categoría migratoria legal. Esto no influirá en ninguna determinación de carga pública ni conducirá a procesos judiciales de deportación. Puede que otros programas de ayuda federal y programas del estado con ayuda federal, tales como Almuerzo Escolar y Medicaid, también verifiquen la información que usted nos dé. Si descubrimos que alguna de la información que usted nos proporcionó es incorrecta, puede que le denegemos los Beneficios de Alimentación/Asistencia de Dinero en Efectivo. Si nos proporciona información falsa de forma deliberada, podríamos iniciar acciones legales en su contra. Puede que también tenga que devolver el monto de los beneficios que no debería haber recibido.

Requisitos de notificación: para Asistencia de Dinero en Efectivo

No dé información falsa ni oculte información para recibir o continuar recibiendo Asistencia de dinero en efectivo.

El integrante de su familia que infrinja alguno de los reglamentos de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) deliberadamente no podrá recibir Asistencia de dinero en efectivo durante un año si es la primera infracción, dos años si es la segunda infracción y permanentemente si es la tercera infracción.

Todo solicitante o beneficiario que dé información falsa para obtener beneficios está sujeto a sanciones que podrían incluir una multa de hasta \$500 y encarcelamiento por un período de hasta 6 meses.

Si a alguno de los integrantes de su familia lo declaran culpable de distorsión de su lugar de residencia para recibir beneficios múltiples en dos estados o más durante un

mismo mes, de los programas subvencionados por TANF, Título XIX de Medicaid, La Ley de Cupones de Alimentos de 1977 y el Título XVI del Programa de Ingresos Complementarios del Seguro Social, la persona no podrá recibir Asistencia de Dinero en Efectivo por un período de 10 años.

Si alguno de los integrantes de su familia se fuga para evitar ser procesado, detenido o recluido luego de haber sido declarado culpable conforme a las leyes de cualquier estado por haber cometido un delito o por intentar cometer un delito que sea un delito mayor, o viola alguna de las condiciones de su libertad condicional o libertad a prueba impuesta conforme a las leyes federales o estatales, la persona no podrá obtener Asistencia de Dinero en Efectivo.

Si a alguno de los integrantes de su familia lo declaran culpable de un delito mayor por tenencia, uso o venta de sustancias controladas, la persona **nunca más** podrá obtener Asistencia de Dinero en Efectivo.

Sanciones conforme a TANF

El caso de TANF se cierra por un mes completo como mínimo. Para que se vuelva a abrir el caso de TANF, el beneficiario de TANF tiene que cumplimentar cuatro semanas consecutivas de participación completa con los proveedores de Empleo y Capacitación.

Requisitos

Sanciones

Empleo y Capacitación/trabajo

El caso de TANF se cierra por un mes completo como mínimo. Para que se vuelva a abrir el caso de TANF, el beneficiario de TANF tiene que cumplimentar cuatro semanas consecutivas de participación completa con los proveedores de Empleo y Capacitación.

Niño menor de 16 años que no va a la escuela

Una sanción consecutiva de \$50.00 para el adolescente que no vaya a la escuela cuando el padre/la madre no coopera con la escuela para garantizar su asistencia.

Niño de 16 años o más que no asiste a la escuela

Se elimina al adolescente de la subvención y se reduce el número de integrantes de la familia.

Requisitos del Contrato de Responsabilidad Mutua (CMR, por sus siglas en inglés)

Una reducción inicial de \$50.00 de la subvención de TANF por incumplimiento del beneficiario; reducciones adicionales todos los meses hasta que se cumpla lo necesario.

- Si usted es padre/madre soltero(a) con un hijo menor de seis años y no puede encontrar guardería, DSS no lo sancionará por no participar en las actividades de empleo y capacitación. Para poder alegar que no pudo encontrar la guardería necesaria, tendrá que informarle a su trabajador en un plazo de diez días a partir de la fecha en que no pudo encontrar la guardería o en un plazo de diez días a partir de la fecha en que DSS le dijo que tenía que participar en un empleo.

Requisitos de notificación: para Asistencia de Dinero en Efectivo

Usted acepta notificarle **inmediatamente** a la oficina local de DHSS todo cambio en las circunstancias que pudiera afectar la continuidad de su elegibilidad para recibir asistencia o la cantidad de asistencia a la que usted tenga derecho a recibir.

Para el Programa de Alimentación Complementaria

El integrante de su familia que, a propósito, infrinja alguna de las normas del Programa de Alimentación Complementaria no podrá recibir Beneficios de Alimentación durante:

- Un año si es la primera infracción
- Dos años si es la segunda infracción
- Permanentemente si es la tercera infracción

El tribunal también puede decretar que se dé de baja del programa a la persona durante otros 18 meses. El tribunal puede multar a la persona con una suma de hasta \$250 000, mandar a la persona a la cárcel por un período de hasta 20 años o ambos. **Conforme a otras leyes federales, se podrían iniciar acciones civiles o penales adicionales contra la persona.**

Si a alguno de los integrantes de su familia:

- Un tribunal (federal, estatal o local) lo declara culpable de vender o comprar sustancias controladas con Beneficios de Alimentación, la persona no podrá recibir Beneficios de Alimentación durante dos años si es la primera vez. La segunda vez, la persona **nunca** más podrá recibir Beneficios de Alimentación
- Alguna vez un tribunal lo declara culpable de vender o comprar armas de fuego, municiones o explosivos con Beneficios de Alimentación, incluso aunque sea la primera vez, la persona **nunca más** podrá recibir Beneficios de Alimentación.
- Lo declaran culpable de distorsionar su identidad o lugar de residencia para obtener múltiples Beneficios de Alimentación durante un mismo mes, la persona no podrá obtener Beneficios de Alimentación por un período de 10 años.
- Se fuga para evadir ser enjuiciado, detenido o recluido luego de haber sido declarado culpable conforme a las leyes de cualquier estado por haber cometido un delito o por intentar cometer un delito que sea un delito mayor, o viola alguna de las condiciones de su libertad condicional o libertad a prueba impuesta

conforme a las leyes federales o estatales, la persona no podrá obtener Beneficios de Alimentación.

- Un tribunal (federal, estatal o local) lo declara culpable del tráfico de Beneficios de Alimentación por una suma de \$500 o más, incluso aunque sea la primera vez, la persona **nunca más** podrá recibir Beneficios de Alimentación.

Se define el tráfico de la siguiente manera:

- Comprar, vender, robar o efectuar un intercambio de algún otro modo de beneficios SNAP emitidos o a los que se haya accedido por medio de tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN) o por cupón manual y firma, a cambio de dinero en efectivo o un título distinto a los alimentos elegibles, ya sea en forma directa, indirecta, en complicidad o conspiración con otras personas, o actuando de forma individual;
- Intentar comprar, vender, robar o influir en un intercambio de algún otro modo de beneficios SNAP emitidos o a los que se haya accedido por medio de tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN) o por cupón manual y firmas, a cambio de dinero en efectivo o un título distinto a los alimentos elegibles, ya sea en forma directa, indirecta, en complicidad o conspiración con otras personas, o actuando de forma individual.
- El intercambio de armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas, según lo define la sección 802 del título 21 del Código de los Estados Unidos, para beneficios SNAP;
- Comprar un producto con los beneficios SNAP que tenga un envase que requiera un depósito de devolución con la intención de obtener dinero en efectivo al desechar el producto y devolver el envase para obtener el monto del depósito, desechar el producto intencionalmente y devolver el envase intencionalmente para obtener el monto del depósito;
- Comprar un producto con los beneficios de SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o un título distinto a los alimentos elegibles mediante la reventa del producto y posteriormente revender el producto comprado con los beneficios SNAP a cambio de dinero en efectivo o un título distinto a los alimentos elegibles; o
- Comprar intencionalmente productos originalmente comprados con beneficios SNAP a cambio de dinero en efectivo o títulos diferentes a los alimentos elegibles.

Empleo y capacitación de Alimentación Complementaria

Delaware administra un programa de empleo y capacitación voluntario a nivel nacional únicamente para los beneficiarios de Alimentación Complementaria. Si usted es beneficiario de Alimentación Complementaria pero **no es beneficiario de TANF** no es obligatorio que participe en el empleo y la capacitación pero puede ofrecerse como voluntario para participar.

Renuncia al empleo de Alimentación Complementaria:

- A las personas que renuncien a un trabajo sin una buena causa o reduzcan las horas de trabajo a menos de 30 horas semanales en el período de 30 días antes de la fecha de solicitud se les denegará la alimentación complementaria. Los periodos de inhabilitación son como sigue:
 - Un mes si es la primera infracción
 - Tres meses si es la segunda infracción
 - Seis meses si es la tercera infracción

Se suspenderá la prestación de alimentación complementaria a las personas que abandonen un trabajo sin una buena causa mientras reciban el beneficio de alimentación. Los periodos de inhabilitación son como sigue:

- Un mes si es la primera infracción
- Tres meses si es la segunda infracción
- Seis meses si es la tercera infracción

En el caso de las sanciones por renunciar a un voluntario, la persona puede volver a recibir Alimentación Complementaria luego de haber cumplido el período mínimo de sanción .

REQUISITOS LABORALES PARA ADULTOS SALUDABLES SIN DEPENDIENTES

- Las personas de 18 a 50 años de edad no son elegibles para recibir Beneficios de Alimentación si recibieron Beneficios de Alimentación durante al menos tres meses en un período de 36 meses por no trabajar un promedio de al menos 80 horas en un periodo de 30 días, no participar un mínimo de 20 horas a la semana en un programa de trabajo, no participar ni cumplir con un programa de complementación laboral ni participar en un programa de empleo a cambio de bienestar social, a no ser que la persona esté exenta de los requisitos de empleo.

El reglamento Riverside

Si usted o alguno de los integrantes de su familia no llevara a cabo alguna de las acciones que los programas de asistencia de dinero en efectivo (GA, RCA o TANF) exigen o comete fraude, lo cual hace que se reduzca o cancele su subsidio, se continuará contando la suma que usted recibía en su caso de beneficios de

alimentación. No recibirá ningún aumento de beneficios de alimentación si no cumple con el reglamento de asistencia de dinero en efectivo o comete fraude.

Se aplican las siguientes condiciones:

1. El reglamento se aplica a las personas que no llevan a cabo alguna de las acciones que se exigen al recibir asistencia.
2. El reglamento no se aplica a las personas que no llevan a cabo alguna de las acciones exigidas en el momento en que la persona hace la solicitud para asistencia por primera vez.
3. El reglamento se aplica a las personas que no llevan a cabo alguna de las acciones exigidas durante la solicitud para continuar recibiendo beneficios siempre y cuando no haya un lapso en su participación.
4. Para que este reglamento sea aplicable, la persona tiene que estar certificada para recibir beneficios de alimentación al momento de no cumplir con la tarea exigida.
5. El reglamento es aplicable por el período de duración de la reducción de asistencia y no puede abarcar más de lo que la sanción del programa de asistencia impondría.
6. Una vez cerrado el caso de TANF, la sanción de beneficios de alimentación se mantendrá vigente durante un año o hasta que la persona ya no sea elegible para recibir TANF porque la familia gana demasiado dinero o tiene derecho a una de las exenciones de Empleo y Capacitación (E & T, en inglés) conforme a 3006.1.

Notificación y verificación de gastos

La falta de notificación o verificación de alguno de los siguientes gastos se interpretará como una declaración por parte de su familia de que no desea recibir una deducción de los gastos no declarados:

- Gastos de vivienda (alquiler/hipoteca/parcela)
- Seguro sobre la vivienda
- Impuestos sobre los bienes inmuebles
- Gastos de servicios públicos (gas/electricidad/petróleo)
- Gastos de agua y servicios de aguas residuales
- Gastos de basura
- Gastos de teléfono
- Gastos médicos
- Gastos por el cuidado de dependientes
- Gastos de guardería que usted paga por niños que no viven con usted

Requisitos de Notificación: para el Programa de Alimentación Complementaria

Requisitos de notificación abreviados

- Las familias solo tienen que notificar cambios en los ingresos si los ingresos mensuales exceden el 130% de las pautas federales de pobreza para la cantidad de integrantes de la familia que tenían al momento de la certificación o de la renovación de la certificación.
- Si los ingresos mensuales de la familia exceden el 130% de las pautas federales de pobreza, la familia tiene que notificar los cambios en un plazo de diez días antes de finalizar el mes en que la familia determine que los ingresos sobrepasarán ese 130%.
- Requisitos de notificación adicionales para adultos capacitados sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés). Los adultos que viven en un hogar sin menores de edad, que reciben beneficios de alimentación porque trabajan más de 20 horas a la semana, deben notificar si empiezan a trabajar menos de 20 horas a la semana.

Las familias certificadas tienen que notificar cambios de circunstancias a más tardar el 10.^{mo} día del mes siguiente al mes en que ocurrió el cambio.

Las familias que presentan una solicitud tienen que notificar todos los cambios relacionados con su elegibilidad para recibir beneficios de alimentación y otros beneficios en la entrevista de certificación.

Información general

Requisitos para la tarjeta de registro de extranjeros

Por cada solicitante que no sea ciudadano de los EE. UU. usted tendrá que mostrar ya sea la documentación del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. (USCIS) o algún otro documento que DHSS considere que sea prueba de su situación migratoria. La situación del extranjero podría estar sujeta a verificación con el USCIS para lo cual puede que sea necesario presentarle cierta información de este formulario de solicitud al USCIS. La información que se reciba del USCIS podría afectar la elegibilidad de su familia y el nivel de beneficios.

En el caso de Asistencia Médica, esto no influirá en ninguna determinación de carga pública ni conducirá a procesos judiciales de deportación. No se les exige a los extranjeros sin categoría migratoria legal que proporcionen prueba de su situación migratoria.