



## Solicitud combinada de beneficios de alimentos, médicos y en efectivo

Esta es una solicitud combinada de beneficios de alimentos y asistencia médica y en efectivo. Podemos brindarle información sobre otros servicios útiles en su comunidad. Puede responder ÚNICAMENTE las preguntas relacionadas con el(los) programa(s) para los que se está postulando. Si responde TODAS las preguntas de la solicitud de asistencia, podremos ver si es elegible para todos los programas. Un amigo, familiar o cualquier persona que desee puede ayudarle a completar esta solicitud.



### Alimentos

Beneficios mensuales del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) para usar en comestibles.



### Atención médica

**(Médicos, hospitales, recetas, laboratorios y radiografías)**

- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid
- Seguro gratuito o de bajo costo de DC Healthcare Alliance o el Programa para Niños Inmigrantes
- Planes de seguro médico privados y de bajo costo a través de Marketplace
- Un crédito fiscal que puede ayudar de forma inmediata a pagar sus primas de cobertura médica.



### Efectivo

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés) u otros beneficios de asistencia en efectivo para grupos familiares con niños necesitados y personas que esperan una decisión sobre sus solicitudes de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés).



### IMPORTANTE:

Si desea solicitar servicios de cuidado a largo plazo, deberá completar la solicitud de asistencia médica del Programa de atención a largo plazo. Para obtener una solicitud, comuníquese con la Oficina de la Tercera Edad del Distrito de Columbia (DACL, en inglés) por una exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas (EPD, en inglés) al (202) 724-5626, el Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades (DDS, en inglés) por una exención para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD, en inglés) al 202.730.1700, o si se encuentra en un centro de enfermería o una instalación de atención intermedia (ICF, en inglés) comuníquese con el administrador de su centro para obtener ayuda.

También puede recoger esta solicitud en su centro de servicios más cercano o llamar al (202) 727-5355 para que le envíen una por correo a su hogar.

### Ubicaciones de los centros de servicios

Lunes a viernes | De 7:30 a.m. a 4:45 p.m.

#### Centro de servicios de Anacostia

2100 Martin Luther King Jr. Ave., SE Washington, DC 20020  
Fax: (202) 727-3527

#### Centro de servicios de Taylor Street

1207 Taylor St., NW Washington, DC 20011  
Fax: (202) 576-8740

#### Centro de servicios de H Street

645 H St., NE  
Washington, DC 20002  
Fax: (202) 724-8964

#### Centro de servicios de Congress Heights

4049 South Capitol St. SW Washington, DC 20032  
Fax: (202) 645-4524

#### Centro de servicios de Fort Davis

3851 Alabama Ave., SE Washington, DC 20020  
Fax: (202) 645-6205



Los beneficiarios pueden llamar al centro de atención telefónica de la Administración de Seguridad Económica (ESA, en inglés) al (202) 727-5355 para saber qué centro de servicios le corresponde a su dirección.



### NUEVA APLICACIÓN MÓVIL:

Ahora puede solicitar asistencia alimentaria, médica y en efectivo, además de algunos programas médicos, en línea descargando la aplicación móvil de District Direct desde las tiendas App Store o Google Play en su teléfono inteligente. Consulte la aplicación para obtener más información sobre el alcance de las aplicaciones del programa médico disponibles.

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA	Fecha de recepción:	Fecha de cierre:	Número de caso:
<b>Programas solicitados:</b>			<b>Tipo de solicitud</b>
<input type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> Aprobada	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> Denegada
<input type="checkbox"/> Atención médica	<input type="checkbox"/> Aprobada	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> Denegada
<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Aprobada	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> Denegada
			<input type="checkbox"/> Solicitud <input type="checkbox"/> Recertificación

## ¿Qué secciones de la solicitud debo completar?



### Asistencia médica DC HEALTH LINK Get the facts. Get covered.

#### DC Health Link

Para solicitar un seguro médico privado de bajo costo, un crédito fiscal que puede ayudar de inmediato a pagar las primas de su grupo familiar para cobertura médica, o para ver si su grupo familiar califica para un seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid DC Healthcare Alliance o el Programa para niños inmigrantes.

Complete todas las secciones marcadas para asistencia médica. Si la sección está marcada para asistencia alimentaria, médica y en efectivo, complete todas las preguntas de esa sección, a menos que la pregunta indique que no es necesaria para la asistencia médica.



### Asistencia alimentaria

#### Si quiere solicitar beneficios de alimentos:

Complete todas las secciones marcadas para asistencia alimentaria. Si la sección está marcada para asistencia alimentaria, médica y en efectivo, complete todas las preguntas de esa sección, a menos que la pregunta indique que no es necesaria para la asistencia alimentaria.



### Asistencia en efectivo

#### Si quiere solicitar beneficios en efectivo:

Complete todas las secciones marcadas para asistencia en efectivo que también incluye Asistencia Provisional por Discapacidad (IDA, en inglés). Si la sección está marcada para asistencia alimentaria, médica y en efectivo, complete todas las preguntas de esa sección, a menos que la pregunta indique que no es necesaria para la asistencia en efectivo.



### IMPORTANTE:

Las siguientes partes de la solicitud son optativas; NO es necesario que las complete:

- **Pasos 16 y 17:** Sin embargo, es posible que se le pida que los especifique estos en su entrevista de solicitud, si solicita asistencia en efectivo.
- **Pasos 18 y 19:** Probablemente le convenga conservar la información incluida en los Pasos 18 y 19 para sus registros.

## Acceso al idioma

Si habla otro idioma, tiene derecho a recibir servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al (202) 727-5355 o TTY/TDD 711 (855) 532-5465. La ley del Distrito exige que las agencias le brinden información y asistencia en su idioma de forma gratuita. Si no recibe ayuda en su idioma, llame a la Oficina de Derechos Humanos del DC al (202) 727-4559 y presione 0.

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚስተለው ቁጥር ይደውሉ (202) 727-5355 (ማስማት ለተሳናቸው፡ TTY/TDD 711 (855) 532-5465)።

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電(202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465)

**ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (202) 727-5355 (ATS : TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

**ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsó ɔ -wùdù-po-nyò ] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò bɛ́in m̄ gbo kpáa. Dá (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

Ige nti: O buru na asu lbo asusu, enyemaka diri gi site na call (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

**AKIYESI:** Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-(202) 727- 5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465)।

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465)

まで、お電話にてご連絡ください。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465) 번으로 전화해 주십시오.

**เรียน:** ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาไทยได้ฟรี โทร (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

¿En qué idioma desea leer?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Amárico	<input type="checkbox"/> Chino (mandarín)	<input type="checkbox"/> Chino (cantonés)	<input type="checkbox"/> Otro
¿En qué idioma desea hablar para obtener los servicios de la ESA?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Amárico	<input type="checkbox"/> Chino (mandarín)	<input type="checkbox"/> Chino (cantonés)	<input type="checkbox"/> Otro
Si necesita un intérprete, ¿en qué idioma desea la interpretación?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Amárico	<input type="checkbox"/> Chino (mandarín)	<input type="checkbox"/> Chino (cantonés)	<input type="checkbox"/> Otro

**¿Desea obtener servicios de interpretación de idioma gratuitos?**

Sí (un trabajador del caso le ayudará)  No (complete y firme la renuncia a continuación)

Yo, \_\_\_\_\_, confirmo que el Departamento de Servicios Humanos (DHS, en inglés) me ha notificado sobre mi derecho de acceder sin costo alguno a un intérprete profesional y capacitado según lo exige la Ley de Acceso Lingüístico del DC de 2004. Al firmar a continuación, acepto que he rechazado este servicio y he optado por contar con la asistencia de interpretación de alguien de mi elección. Acepto que el DHS no seleccionó ni aprobó a esta persona y que no es responsable de la prestación de estos servicios ni incurre en ninguna responsabilidad que pueda resultar de ellos. Asimismo, reconozco que esta exención solo corresponde a esta única instancia. Si necesito ayuda de un intérprete del DHS en el futuro, notificaré directamente a la agencia para solicitar este servicio.

Firme aquí

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante

**PARA USO DE LA OFICINA:**

Esta declaración se tradujo de forma oral a (idioma) \_\_\_\_\_ por (nombre) \_\_\_\_\_  
,, que es intérprete de Language Line, intérprete profesional en persona o un empleado multilingüe del DHS porque no había una traducción escrita disponible en ese idioma o el beneficiario no podía leer en su idioma hablado.

## PASO 1 Cuéntenos sobre la persona que completó esta solicitud.

(Para completar si solicita asistencia alimentaria, médica o en efectivo)



¿Qué tipo de asistencia solicita su grupo familiar? (marque todo lo que corresponda)

Alimentaria  Médica  Efectivo

Nombre	Apellido	
Segundo nombre	Sufijo (Jr., III., etc.)	
Domicilio de residencia (donde vive)		Unidad
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo postal (si es diferente al domicilio)		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono preferido (tenga en cuenta que solo los teléfonos celulares pueden recibir mensajes de texto)	¿Su teléfono preferido es un teléfono celular o fijo? <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo	
Dirección de correo electrónico		

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto, correos electrónicos y llamadas pregrabadas relacionadas con mi(s) caso(s) de la ESA. El consentimiento a estos términos no es una condición para recibir los beneficios o servicios. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos.

### ¿Quisiera designar a otras personas para que actúen en su nombre?

Sí  No Asegúrese de completar el Apéndice C más adelante

### ¿Le gustaría presentar su solicitud para SNAP inmediatamente?

#### Derecho a presentar una solicitud (SOLO para solicitantes de alimentos)

Tiene derecho a presentar de inmediato una solicitud de SNAP (asistencia alimentaria) siempre que se incluya en esta página su nombre, dirección y la firma de un integrante del grupo familiar responsable o un representante autorizado. Los beneficios de SNAP se proporcionan a partir de la fecha de solicitud. No obtendrá la aprobación para los beneficios hasta que se complete el proceso de solicitud en su totalidad.

Al firmar a continuación, doy mi permiso al DHS para obtener información sobre mí, ya sea de mi empleador, arrendador, banco y compañía de servicios públicos. Autorizo a todas esas personas a compartir mi información con el DHS. He revisado la información en mi solicitud y creo que todos mis datos de este formulario son verdaderos y correctos, incluida la información sobre la ciudadanía y la condición de extranjero de todos los integrantes de mi grupo familiar. Estoy consciente de que brindar información falsa es un delito sancionado por ley y que podría enfrentar sanciones y acciones penales. Estoy consciente de que esta información será verificada por funcionarios estatales y federales, y acepto ayudar con sus investigaciones.

<b>Firme aquí</b> (Firma del solicitante o representante)	<b>Fecha</b>
---	--------------



Para calificar para el SNAP acelerado (E-SNAP, en inglés) debe cumplir una de las siguientes condiciones:

1. Los ingresos y los recursos líquidos suman un total menor que los gastos mensuales de vivienda
2. Los ingresos mensuales son menos de \$150 y los recursos líquidos son de \$100 o menos
3. Ser un trabajador agrícola migrante o temporal desamparado con recursos líquidos de \$100 o menos

Si se le aprueba el SNAP acelerado recibirá uno o dos meses de beneficios del SNAP en un plazo de 7 días y un aviso inicial donde se identifique cualquier información que aún se necesite para que el DHS determine su elegibilidad para la continuación de beneficios después de esos meses iniciales. Después de eso, recibirá una decisión sobre su elegibilidad para la continuación de beneficios dentro de los 30 días posteriores a la presentación de su solicitud inicial del SNAP. Debe completar una solicitud, una entrevista y verificar su identidad antes de que puedan aprobarle el E-SNAP.

### Preguntas de selección para E-SNAP

1. ¿Los ingresos de su grupo familiar serán de \$150 o más este mes? Si la respuesta es "no", ¿de cuánto serán? \$ _	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Su grupo familiar tiene más de \$100 en recursos líquidos (es decir, efectivo, dinero en el banco, etc.)? Si la respuesta es "no", ¿cuánto tiene? \$ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Cuánto pagará su grupo familiar por la vivienda (alquiler/hipoteca y servicios públicos) este mes? \$ _____	
4. Este mes, ¿los ingresos y recursos líquidos de su grupo familiar son superiores de lo que paga por la vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Es usted o alguien de su grupo familiar un trabajador agrícola migrante o de temporada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### PASO 2 Necesitamos información sobre todos los integrantes de su grupo familiar, incluso si no solicita beneficios para ellos.



(Para completar si solicita asistencia alimentaria, médica o en efectivo)

\*\*Si tiene más de 5 solicitantes en su grupo familiar, use otra hoja para incluir su información.

\*\*En caso de solicitar cobertura de atención médica, enumere a todas las personas que se incluirán en su declaración de impuestos federales este año. (Nota: No es necesario que presente sus impuestos para recibir asistencia).

	Ejemplo	Integrante del grupo familiar n.º 1 (USTED)	Integrante del grupo familiar n.º 2
1. Nombre	Maya		
Segundo nombre	Michelle		
Apellido	Johnson		
Sufijo (Jr., Sr., IV, etc.)			

<b>2. ¿Qué beneficios solicita esta persona con su grupo familiar?</b> (Enumere todo lo que corresponda. Si no es ninguno, escriba "N/C")	Alimentos, efectivo, atención médica		
<b>2a. ¿Suelen comprar y preparar comidas juntos?</b> (Asistencia alimentaria solamente)	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>3. Fecha de nacimiento</b>	01/23/1987		
<b>4. Sexo</b> (masculino, femenino)	Femenino		
<b>5. ¿Es hispano o latino?</b>	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>6. Raza/Etnia:</b> (Hispano/negro/afroamericano/asiático/blanco/nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico/indígena estadounidense o nativo de Alaska)  Esta pregunta es voluntaria. Puede enumerar más de una raza y etnia. Esta información no afectará sus beneficios. El Distrito recopila y usa esta información para monitorear y abordar las disparidades raciales y étnicas en las experiencias médicas. Considere proporcionar esta información para respaldar estos esfuerzos.	Afroamericana		
<b>7. Número del Seguro Social (SSN, en inglés)</b> <i>(puede dejar este espacio en blanco si la persona no tiene un SSN o no solicita beneficios)</i>	555-55-5555		
Si esta persona no tiene Seguro Social y está solicitando beneficios, ¿ha solicitado un número de Seguro Social?  Si esta persona no ha solicitado un SSN y está	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  No es elegible para un SSN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>8. ¿Cuál es el estado civil de esta persona?</b> (Nunca ha estado casado/a, casado/a, separado/a, divorciado/a, viudo/a)	Casada		
<b>9. Vínculo con usted</b>	Hija	Yo	
<b>10. ¿Es usted o su cónyuge el padre o la madre biológico(a) o adoptivo(a) de esta persona?</b>	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>11. ¿Esta persona es ciudadana estadounidense o está nacionalizada?</b> (Solo para solicitantes)  Muchos inmigrantes son elegibles para recibir beneficios (si su respuesta es "no", complete el Paso 3)	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es ciudadano estadounidense naturalizado o derivado? (Solo para solicitantes)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es ciudadano naturalizado o derivado, ¿cuáles son los números de extranjero y de certificado en su documento de ciudadanía?	Número de extranjero	Número de extranjero Número de certificado	Número de extranjero Número de certificado

(Esta pregunta es solo para las personas que solicitan asistencia médica y es optativa).	Número de certificado		
<b>12. ¿Esta persona es indígena estadounidense o nativa de Alaska?</b> (Asistencia médica solamente)  (En caso afirmativo, complete el Apéndice B. Puede ser elegible para los beneficios mejorados)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>En caso afirmativo, ¿cuál es el Número de Identificación Tribal de esta persona?</b>			

<b>13. ¿Esta persona está en las Fuerzas Armadas o es veterana de los EE. UU.?</b>  En caso afirmativo, comuníquese con la Oficina de Asuntos de los Veteranos del Distrito de Columbia para la posibilidad de acceder a los beneficios mejorados.  La información de contacto de la Oficina de Asuntos de los Veteranos del Distrito de Columbia es: 441 4th Street, NW, Suite 870 North, Washington DC 20001 (202) 724-5454, <a href="mailto:ova@dc.gov">ova@dc.gov</a> .	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>14. ¿Esta persona vive actualmente en el Distrito de Columbia?</b> (Solo para solicitantes)	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿piensa permanecer en el Distrito?	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no tiene la intención de permanecer en el Distrito, ¿cuándo planea irse?			
Si no se encuentra actualmente en el Distrito, ¿está viviendo de manera temporal fuera del Distrito de Columbia, pero planea regresar cuando se haya cumplido el propósito de la ausencia?			
Si vive fuera del Distrito de manera temporal, ¿cuál es el motivo de su ausencia?  (Asistencia escolar, buscar o recibir atención médica, servir en el ejército, otro [especificar]).	Asistencia escolar		
<b>15. ¿Es víctima de violencia doméstica?</b> (Solicitantes de efectivo y alimentos, e inmigrantes patrocinados que solicitan asistencia médica)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>16. En los últimos 10 años, ¿esta persona ha sido condenada en un tribunal federal o estatal por hacer declaraciones falsas sobre su lugar de residencia o identidad para recibir asistencia de más de un estado?</b> (Solicitantes de alimento y efectivo solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de condena de esta persona?	mm/dd/aaaa		
<b>17. ¿Esta persona se graduó de la escuela secundaria o recibió un equivalente (GED)?</b> (Alimento y asistencia en efectivo solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la escuela o programa (alimento y asistencia en efectivo solamente)	Dunbar High School		
Mes y año de graduación (Alimento y asistencia en efectivo solamente)	06/2019		
<b>18. ¿Esta persona asiste a la escuela o a un programa de capacitación laboral?</b> (Alimento y asistencia en efectivo solamente) En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la escuela o programa? ¿Cuántas horas por semana?	Sí; McKinley Tech - 40 horas		
<b>20. ¿Esta persona se esconde o huye de la ley para evitar una acusación, una detención, o que la envíen a la cárcel por un delito grave o intento de delito grave, o está violando una condición de libertad condicional o bajo palabra?</b> (Alimento y asistencia en efectivo solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>21. ¿Esta persona ha sido condenada por intercambiar beneficios del SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996?</b> (Asistencia alimentaria solamente)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>22. ¿Esta persona ha sido condenada por comprar o vender beneficios del SNAP por más de \$500 en algún estado después del 22 de septiembre de 1996?</b> (Asistencia alimentaria solamente)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>23. ¿Esta persona ha sido condenada por recibir de manera fraudulenta beneficios del SNAP duplicados en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996?</b> (Asistencia alimentaria solamente)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿en qué estado?			
<b>24. ¿Esta persona ha sido condenada por intercambiar beneficios del SNAP por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?</b> (Asistencia alimentaria solamente)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



(Para completar si solicita asistencia alimentaria, médica o en efectivo)

- Si tiene más de 5 solicitantes en su grupo familiar, use otra hoja para incluir su información.
- En caso de solicitar cobertura de atención médica, enumere a todas las personas que se incluirán en su declaración de impuestos federales este año. (Nota: No es necesario que presente sus impuestos para recibir asistencia).
- Si solicita cobertura de atención médica ÚNICAMENTE, responda estas preguntas solo para las personas que formen parte de su grupo familiar y que necesiten cobertura de atención médica. Si no solicita la cobertura de atención médica para un integrante de su grupo familiar, no responda estas preguntas.

<b>25. ¿Esta persona se aloja en alguna institución, como un hogar para personas mayores, un hospital, una vivienda colectiva, una cárcel, un centro de reinserción, un centro de rehabilitación por drogas o alcohol u otra instalación?</b>	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la institución?	Hogar para personas mayores Lakewood		
En caso afirmativo, ¿cuál es la dirección de la institución?	123 Main Street		
¿Fue una agencia del Gobierno del Distrito la que lo(a) ubicó en la institución?	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué agencia?	Departamento de Servicios Humanos		
¿La instalación donde vive esta persona le proporciona más de una comida y media al día? (Alimento y asistencia en efectivo solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>26. ¿Está en el Distrito de Columbia de manera voluntaria?</b>	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>27. ¿Está actualmente en el Distrito sin hogar?</b>	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿recibe algún servicio de vivienda o para personas sin hogar? (Solicitantes de alimento y efectivo solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>28. ¿Esta persona es ciega?</b>	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>29. ¿Esta persona tiene alguna discapacidad?</b>	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>30. ¿Esta persona necesita ayuda con las actividades diarias o vive en una institución médica?</b>	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>31. ¿Esta persona vive en un hogar de acogida temporal?</b>	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>32. ¿Esta persona estuvo en un hogar de acogida temporal a los 18 años o más?</b> (Asistencia médica solamente)	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>33. ¿Esta persona está emancipada?</b>	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>34. ¿Esa persona está embarazada actualmente o lo estuvo durante los últimos 60 días?</b> (Asistencia médica o en efectivo solamente)	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuándo nacerá el bebé? (Asistencia médica y en efectivo solamente. Para quienes soliciten únicamente asistencia médica se acepta una fecha de parto estimada y no será necesaria una verificación)	mm/dd/aaaa		
En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? (Asistencia médica solamente)	1		
Si esta persona estuvo embarazada recientemente, ¿cuándo terminó el embarazo? (Asistencia médica solamente)	mm/dd/aaaa		
¿Esta persona estaba inscrita en Medicaid durante su embarazo? (Asistencia médica solamente)	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿este es el primer embarazo de la persona? (Asistencia médica y en efectivo solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<p><b>35. ¿Esta persona necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses?</b></p> <p>Se hacen las siguientes preguntas para saber si podemos ayudarle a pagar las facturas médicas que tuvo en los tres meses anteriores a solicitar la cobertura. Si no necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses, continúe con la pregunta 36. (Asistencia médica solamente)</p>	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuáles son los meses de las facturas médicas de esta persona? (Asistencia médica solamente)	Enero y febrero		
En caso afirmativo, ¿esta persona vivió fuera del Distrito durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿esta persona tuvo algún cambio en su ciudadanía estadounidense o condición migratoria calificada durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿esta persona tuvo algún cambio en su estado de declaración de impuestos durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cambiaron los ingresos de esta persona durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿esta persona tuvo algún cambio en su cobertura médica durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿esta persona quedó ciega o tuvo una discapacidad durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cambiaron los bienes de esta persona durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica y provisional por discapacidad solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p><b>36. ¿Esta persona tenía seguro mediante su trabajo y lo perdió en los últimos tres meses?</b></p> <p>(Asistencia médica solamente)</p>	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuándo terminó la cobertura? (Asistencia médica solamente)	12/31/2020		
En caso afirmativo, ¿cuál es el motivo por el que finalizó la cobertura? (Asistencia médica solamente)	Despido		
En caso afirmativo, ¿esta persona es estudiante de tiempo completo? (Asistencia médica solamente)	Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>37. Si esta persona es menor, ¿el padre o la madre vive fuera del hogar?</b> El padre o la madre se refiere tanto al padre o la madre biológicos como a los adoptivos. (Asistencia médica solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>38. ¿Esta persona ha sido examinada para detectar cáncer de mama o de cuello uterino a través de Project Wish?</b> (Asistencia médica solamente)	No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## PASO 2 Necesitamos información sobre todos los integrantes de su grupo familiar, incluso si no solicita beneficios para ellos.



(Para completar si solicita asistencia alimentaria, médica o en efectivo)

Si tiene más de 5 solicitantes en su grupo familiar, use otra hoja para incluir su información.

	Integrante del grupo familiar n.º 3	Integrante del grupo familiar n.º 4	Integrante del grupo familiar n.º 5
<b>1. Nombre</b>			
<b>Segundo nombre</b>			
<b>Apellido</b>			
<b>Sufijo (Jr., Sr., IV, etc.)</b>			
<b>2. ¿Qué beneficios solicita esta persona con su grupo familiar?</b> (Enumere todo lo que corresponda. Si no es ninguno, escriba "N/C")			
<b>2a. ¿Suelen comprar y preparar comidas juntos?</b> (Asistencia alimentaria solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>3. Fecha de nacimiento</b>			
<b>4. Sexo (masculino, femenino)</b>			
<b>5. ¿Es hispano o latino?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>6. Raza/Etnia:</b> (Hispano/negro/afroamericano/asiático/blanco/nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico/indígena estadounidense o nativo de Alaska)  Esta pregunta es voluntaria. Puede enumerar más de una raza y etnia. Esta información no afectará sus beneficios. El Distrito recopila y usa esta información para monitorear y abordar las disparidades raciales y étnicas en las experiencias médicas. Considere proporcionar esta información para respaldar estos esfuerzos.			

<b>7. Número del Seguro Social</b> <i>(puede dejar este espacio en blanco si la persona no tiene un SSN o no solicita beneficios)</i>			
<p>Si esta persona no tiene Seguro Social y está solicitando beneficios, ¿ha solicitado un número de Seguro Social?</p> <p>Si esta persona no ha solicitado un SSN y está solicitando beneficios, ¿por qué no lo ha solicitado?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>8. ¿Cuál es el estado civil de esta persona?</b> (Nunca ha estado casado/a, casado/a, separado/a, divorciado/a, viudo/a)			
<b>9. Vínculo con usted</b>			
<b>10. ¿Es usted o su cónyuge el padre o la madre biológico(a) o adoptivo(a) de esta persona?</b>			
<b>11. ¿Esta persona es ciudadana estadounidense o está nacionalizada?</b> (Solo para solicitantes) Muchos inmigrantes son elegibles para recibir beneficios. (Si su respuesta es "no" complete el <b>Paso 3</b> )	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es ciudadano estadounidense naturalizado o derivado? (Solo para solicitantes)			
<b>Si es ciudadano naturalizado o derivado, ¿cuáles son los números de extranjero y de certificado en su documento de ciudadanía?</b> (Esta pregunta es solo para las personas que solicitan asistencia médica y es optativa).	Número de extranjero  Número de certificado	Número de extranjero  Número de certificado	Número de extranjero  Número de certificado
<b>12. ¿Esta persona es indígena estadounidense o nativa de Alaska?</b> (Asistencia médica solamente) (En caso afirmativo, complete el Apéndice B. Puede ser elegible para los beneficios mejorados)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es el Número de Identificación Tribal de esta persona? (Asistencia médica solamente)			
<b>13. ¿Esta persona está en las Fuerzas Armadas o es veterana de los EE. UU.?</b> En caso afirmativo, comuníquese con la Oficina de Asuntos de los Veteranos del Distrito de Columbia para la posibilidad de acceder a los beneficios mejorados. La información de contacto de la Oficina de Asuntos de los Veteranos del Distrito de Columbia es: 441 4th Street, NW, Suite 870 North, Washington DC 20001, (202) 724-5454, <a href="mailto:ova@dc.gov">ova@dc.gov</a> .	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>14. ¿Esta persona vive actualmente en el Distrito de Columbia? (Solo para solicitantes)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿piensa permanecer en el Distrito?			
Si no tiene la intención de permanecer en el Distrito, ¿cuándo planea irse?			
Si no se encuentra actualmente en el Distrito, ¿está viviendo de manera temporal fuera del Distrito de Columbia, pero planea regresar cuando se haya cumplido el propósito de la ausencia?			
En caso afirmativo, ¿cuál es el motivo de su ausencia? (Asistencia escolar, busca o recibe atención médica, en servicio del ejército, otro [especificar]).			
<b>15. ¿Está en el Distrito de Columbia de manera voluntaria?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>16. ¿Es víctima de violencia doméstica?</b> (Solicitantes de efectivo y alimentos, e inmigrantes patrocinados que solicitan asistencia médica)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>17. En los últimos 10 años, ¿esta persona ha sido condenada en un tribunal federal o estatal por hacer declaraciones falsas sobre su lugar de residencia o identidad para recibir asistencia de más de un estado?</b> (Solicitantes de alimento y efectivo solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de condena de esta persona?			
<b>18. ¿Graduado de la escuela secundaria o equivalente (GED)?</b> (Alimento y asistencia en efectivo solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la escuela o programa (Alimento y asistencia en efectivo solamente)			
Mes y año de graduación (Alimento y asistencia en efectivo solamente)			
<b>19. ¿Esta persona asiste a la escuela o a un programa de capacitación laboral?</b> (Alimento y asistencia en efectivo solamente) En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la escuela o programa? ¿Cuántas horas por semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>20. ¿Esta persona se esconde o huye de la ley para evitar una acusación, una detención, o que la envíen a la cárcel por un delito grave o intento de delito grave, o está violando una condición de libertad condicional o bajo palabra?</b> (Alimento y	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

asistencia en efectivo solamente)			
<b>21. ¿Esta persona ha sido condenada por intercambiar beneficios del SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996?</b> (Asistencia alimentaria solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>22. ¿Esta persona ha sido condenada por comprar o vender beneficios del SNAP por más de \$500 en algún estado después del 22 de septiembre de 1996?</b> (Asistencia alimentaria solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>23. ¿Esta persona ha sido condenada por recibir de manera fraudulenta beneficios del SNAP duplicados en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996?</b> (Asistencia alimentaria solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿en qué estado?			
<b>24. ¿Esta persona ha sido condenada por intercambiar beneficios del SNAP por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?</b> (Asistencia alimentaria solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## PASO

**Más preguntas sobre los integrantes del grupo familiar 3-5**

2a

(Para completar si solicita asistencia alimentaria, médica o en efectivo)



- Si tiene más de 5 solicitantes en su grupo familiar, use otra hoja para incluir su información.
- En caso de solicitar cobertura de atención médica, enumere a todas las personas que se incluirán en su declaración de impuestos federales este año. (Nota: No es necesario que presente sus impuestos para recibir asistencia).
- Si solicita cobertura de atención médica ÚNICAMENTE, responda estas preguntas solo para las personas que formen parte de su grupo familiar y que necesiten cobertura de atención médica. Si no solicita la cobertura de atención médica para un integrante de su grupo familiar, no responda estas preguntas.

	Integrante del grupo familiar n.º 3	Integrante del grupo familiar n.º 4	Integrante del grupo familiar n.º 5
<b>25. ¿Está esta persona se aloja en alguna institución, como un hogar para personas mayores, un hospital, una vivienda colectiva, una cárcel, un centro de reinserción, un centro de rehabilitación por drogas o alcohol u otra instalación?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la institución?			
En caso afirmativo, ¿cuál es la dirección de la institución?			
¿Fue una agencia del Gobierno del Distrito la que lo(a) ubicó en la institución?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué agencia?			
¿La instalación donde vive esta persona le proporciona más de una comida y media al día? (Alimento y asistencia en efectivo solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>26. ¿Está en el Distrito de Columbia de manera voluntaria?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>27. ¿Está actualmente en el Distrito sin hogar?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿recibe algún servicio de vivienda o para personas sin hogar? (Solicitantes de alimento y efectivo solamente)			
<b>28. ¿Esta persona es ciega?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>29. ¿Esta persona tiene alguna discapacidad?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>30. ¿Esta persona necesita ayuda con las actividades diarias o vive en una institución médica?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

31. ¿Esta persona vive en un hogar de acogida temporal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
32. ¿Esta persona estuvo en un hogar de acogida temporal a los 18 años o más? (Asistencia médica solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
33. ¿Esta persona está emancipada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
34. ¿Esa persona está embarazada actualmente o lo estuvo durante los últimos 60 días? (Asistencia médica o en efectivo solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuándo nacerá el bebé? (Asistencia médica y en efectivo solamente. Para quienes soliciten únicamente asistencia médica se acepta una fecha de parto estimada y no será necesaria una verificación)			
En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? (Asistencia médica solamente)			
Si esta persona estuvo embarazada recientemente, ¿cuándo terminó el embarazo? (Asistencia médica solamente)			
¿Esta persona estaba inscrita en Medicaid durante su embarazo? (Asistencia médica solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿este es el primer embarazo de la persona? (Asistencia médica o en efectivo solamente)			
35. ¿Esta persona necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses? Se hacen las siguientes preguntas para saber si podemos ayudarle a pagar las facturas médicas que tuvo en los tres meses anteriores a solicitar la cobertura. Si no necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses, continúe con la pregunta 36. (Asistencia médica solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuáles son los meses de las facturas médicas de esta persona? (Asistencia médica solamente)			
En caso afirmativo, ¿esta persona vivió fuera del Distrito durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica solamente)			
En caso afirmativo, ¿esta persona tuvo algún cambio en su ciudadanía estadounidense o condición migratoria calificada durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica)			

solamente)			
En caso afirmativo, ¿esta persona tuvo algún cambio en su estado de declaración de impuestos durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica solamente)			
En caso afirmativo, ¿cambiaron los ingresos de esta persona durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica solamente)			
En caso afirmativo, ¿esta persona tuvo algún cambio en su cobertura médica durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica solamente)			
En caso afirmativo, ¿esta persona quedó ciega o tuvo una discapacidad durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica solamente)			
En caso afirmativo, ¿cambiaron los bienes de esta persona durante los últimos tres meses? Si su respuesta es afirmativa, complete el Apéndice D. (Asistencia médica y provisional por discapacidad solamente)			
<b>36. ¿Esta persona tenía seguro mediante su trabajo y lo perdió en los últimos tres meses?</b> (Asistencia médica solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuándo terminó la cobertura? (Asistencia médica solamente)			
En caso afirmativo, ¿cuál es el motivo por el que finalizó la cobertura? (Asistencia médica solamente)			
En caso afirmativo, ¿esta persona es estudiante de tiempo completo? (Asistencia médica solamente)			
<b>37. Si esta persona es menor, ¿el padre o la madre vive fuera del hogar?</b> El padre o la madre se refiere tanto al padre o la madre biológicos como a los adoptivos. (Asistencia médica solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>38. ¿Esta persona ha sido examinada para detectar cáncer de mama o de cuello uterino a través de Project Wish?</b> (Asistencia médica solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## PASO 3 ¿Usted o alguien de su grupo familiar que busca beneficios no es ciudadano estadounidense?



(Para completar si solicita asistencia alimentaria, médica o en efectivo)

**Yes** – Complete a continuación.  **No** – Vaya al Paso 4.

Muchos inmigrantes son elegibles para recibir beneficios.

Si su condición migratoria no aparece en la lista, indique "otro" como su condición en la tabla a continuación.

Si no está solicitando beneficios para usted, no es necesario que brinde detalles sobre su propia condición migratoria. En su lugar, puede simplemente dar la información migratoria de los integrantes del grupo familiar que desean obtener los beneficios.

Debemos pedir a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, en inglés) que verifiquen la condición de cualquier persona que busque beneficios para sí misma y NO figure como "OTRO". Esto puede afectar su elegibilidad para los beneficios y el monto de los mismos.

### Condición migratoria

- Residente permanente legal
- Asilado
- Refugiado
- Inmigrante de Cuba/Haití
- Inmigrante con entrada condicional concedida antes de 1980
- Víctima de trata de personas y su cónyuge, hijo(a), hermano(a) o padre/madre
- Estatus de Protección Temporal (TPS, en inglés)
- Salida Forzosa Diferida (DED, en inglés)
- Residente temporal legal
- Integrante de una tribu indígena reconocida por el gobierno federal o indígena estadounidense nacido en Canadá
- Condición de Acción Diferida (Excepción: La Acción Diferida para los Llegados en la Infancia [DACA, en inglés] no es una condición migratoria elegible para solicitar un seguro médico)
- Persona a la que se le concedió la retención de deportación
- Persona a la que el Departamento de Seguridad Nacional de los EE. UU. le concedió la libertad bajo palabra por un periodo de al menos un año
- Habitante de Samoa Americana
- Suspensión del pedido administrativo de expulsión otorgada por el Departamento de Seguridad Nacional
- Ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palau
- Cónyuge o hijo(a) maltratado(a) con alguno de los siguientes pendiente o aprobado:
  - Solicitud por cuenta propia de una visa de inmigrante
  - Visa de inmigrante para un cónyuge o hijo(a) solicitada por un ciudadano estadounidense o residente permanente legal (LPR, en inglés)
  - Solicitud de cancelación de deportación
- Individuo con condición de no inmigrante, incluye visas de trabajo (como H1, H-2A, H-2B), visas de estudiante, visa U, visa T y otras visas
- Otro

Nombre del integrante del grupo familiar	N.º de extranjero	Condición migratoria (Use las categorías anteriores)	Tipo de documento de inmigración y número de identificación del documento	¿Esta persona está en actividad en el ejército, es veterana o cónyuge o padre/madre de un veterano o una persona en actividad en el ejército?

--	--	--	--	--

**Las siguientes respuestas solo se utilizarán para determinar la asistencia médica, alimentaria y en efectivo**

<p>¿Alguna de las personas mencionadas anteriormente se mudó a los EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>En caso afirmativo, ¿quién?</p>
---	------------------------------------

Si es un residente permanente legal (LPR), ¿tiene un patrocinador?  Sí  No

Nombre completo del patrocinador \_\_\_\_\_

Dirección del patrocinador	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------------	--------	--------	---------------

Empleador del patrocinador	Ingreso mensual del patrocinador \$
----------------------------	--

¿Usted, su madre, su padre, su cónyuge o su patrocinador ha trabajado alguna vez en los EE. UU.?  Sí  No

¿Cuánto respaldo recibe cada mes de su patrocinador? \$

## PASO 4 Información sobre la declaración de impuestos



Complete esta sección si alguien en su grupo familiar declara impuestos. (Para completar únicamente si solicita asistencia médica)

Nombre del contribuyente	Estado de la declaración de impuestos	Dependientes fiscales que viven con el contribuyente	Dependientes fiscales que NO viven con el contribuyente
<b>Enumere a cada contribuyente de su grupo familiar</b>	<b>Indíquenos la condición del contribuyente:</b>  (Jefe del grupo familiar, soltero/a, casado/a que presenta una declaración conjunta o casado/a que presenta una declaración por separado)  Si presenta una declaración conjunta, indique con quién la presenta.	<b>Enumere todos los dependientes fiscales del hogar que declara el contribuyente.</b>	<b>Enumere todos los dependientes fiscales que declara el contribuyente y no viven en el hogar.</b>
Contribuyente 1			
Contribuyente 2			

**Si alguien en su grupo familiar es dependiente fiscal de una persona que no vive en el hogar, enumere a continuación:**

Nombre del dependiente fiscal	Nombre del contribuyente que declara el dependiente	¿Cuál es la relación entre el contribuyente y el dependiente fiscal?

**PASO 5 ¿Alguien en su grupo familiar (incluidos los no solicitantes) tiene algún ingreso?**



**Sí** – complete a continuación

**No** – vaya al paso 6 (Para completar únicamente si solicita asistencia alimentaria, médica o en efectivo)

¿Qué persona de su grupo familiar tiene trabajo? (Usted, su cónyuge y sus dependientes) (Escriba los nombres completos)	Nombre del empleador (Si trabaja por cuenta propia, escriba "trabajador por cuenta propia")	Dirección del empleador	Teléfono del empleador	Fecha de inicio del empleo	Monto del sueldo (Previo a impuestos y deducciones)	¿Con qué frecuencia? (P. ej., diario, semanal, quincenal, semimensual, mensual, anual, pago único global)
¿Qué persona de su grupo familiar trabaja por cuenta propia?	¿Qué tipo de trabajo realiza el trabajador independiente?	¿Con qué frecuencia el trabajador independiente recibe un pago?	¿Cuánto percibe el trabajador independiente e cada vez?	¿Qué gastos laborales tiene el trabajador independiente?		¿Cuál es el total de los gastos mensuales del trabajador independiente?

**¿Qué tipo de ingresos recibe su grupo familiar?**

**Informe estos para todos los programas:**

- Desempleo
- Pensión alimenticia recibida en virtud de acuerdos finalizados después del 31 de diciembre de 2018
- Anualidades imponibles
- Otro tipo de ingreso imponible: \_\_\_\_\_
- Ganancias de lotería/juegos de azar
- Beneficios por discapacidad
- Pago de jubilación militar
- Alquiler neto/regalías
- Cultivo neto/pesca
- Seguro Social (no SSI)
- Pensiones y jubilaciones

**Informe estos para los programas de alimentos y dinero en efectivo:**

- Subsidio para acogida o adopción
- Ayuda con los gastos
- Manutención de menores
- Seguro Social (SSI)
- Anualidades no imponibles
- Otro tipo de ingreso imponible: \_\_\_\_\_
- Pensión alimenticia recibida en virtud de acuerdos finalizados antes del 1 de enero de 2019
- Veteranos con una discapacidad
- Otros beneficios de Asuntos de Veteranos

Tipo de ingreso	¿Qué persona de su grupo familiar lo recibe? (Nombre completo)	Monto (Previo a impuestos y deducciones)	¿Con qué frecuencia? (Semanal, quincenal, semimensual, mensual, pago único global)
¿Alguien en el grupo familiar ha dejado de trabajar o ha reducido sus horas de trabajo durante los últimos 60 días? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, ¿quién?	
¿Quién era el empleador?		¿Por qué esta persona dejó de trabajar en este empleo?	

## Información adicional sobre los ingresos

(Complete esta sección si solicita asistencia alimentaria, médica o en efectivo)

### 1. Marque todo lo que se puede deducir en la declaración de impuestos del grupo familiar: (Asistencia médica solamente)

- Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ (Tenga en cuenta que la pensión alimenticia solo es deducible si se paga en virtud de un acuerdo finalizado antes del 1 de enero de 2019)
- ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- ¿Otro tipo de deducciones? \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Si se marca alguna de estas opciones, indique qué integrante del grupo familiar reclama estas deducciones:

Si alguien de su grupo familiar paga pensión alimenticia, ¿se finalizó el divorcio después del 31 de diciembre de 2018?  
 Sí  No

### 2. ¿A alguien de su grupo familiar se le dio de baja el préstamo estudiantil? (Atención médica y DC Alliance solamente)

Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Por qué se le dio de baja el préstamo estudiantil a esta persona?

Discapacidad total  Muerte  Servicio público  Condonación de préstamo

### 3. ¿Alguien le paga a su grupo familiar las comidas o el alquiler de una habitación? (Solo para alimentos y efectivo)

Sí  No

En caso afirmativo, indique el nombre completo de la persona: \_\_\_\_\_ Pago mensual: \$ \_\_\_\_\_

### 4. ¿Alguien en su grupo familiar tiene una anualidad?

Sí; valor de la anualidad: \$ \_\_\_\_\_  No, vaya al Paso 7

¿El beneficiario de la anualidad es integrante de su grupo familiar?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el nombre completo de los beneficiarios: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de anualidad es?  Diferida  Inmediata  Jubilación

¿Qué clase de anualidad es?  Revocable  No asignable  
 Irrevocable

¿En qué fecha se estableció la anualidad? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿La anualidad proporciona un pago global o diferido?  No  Sí

¿A través de qué entidad se compró la anualidad?  Financiera  Seguro  Otro

¿Cuál es la fuente de los fondos de la anualidad?  Beneficiario  Plan de jubilación  Desconocido

Si los fondos se utilizaron para comprar la anualidad, ¿fueron los fondos de alguien del grupo familiar?  Sí  No

Nombre completo del financiador: \_\_\_\_\_

## PASO 6 **Complete este paso ÚNICAMENTE si solicita asistencia médica o en efectivo para niños**



No complete esta sección si es una persona ciega, con discapacidad, mayor de 65 años, que no es cuidadora principal de niños y solicita asistencia médica.

Algún menor incluido en esta solicitud, ¿tiene un padre o madre fuera del hogar?

**Sí** – complete a continuación

**No** – vaya al Paso 7

Como condición de elegibilidad para algunos tipos de asistencia en efectivo o asistencia médica que no sean los créditos fiscales para las primas y las reducciones de gastos compartidos, debe informar al Departamento de Servicios Humanos (DHS) si alguno de los niños para los que busca beneficios tiene un padre o una madre ausente del hogar. Si no desea facilitar la información del padre o la madre ausente, consulte en la página 54 una lista de las razones que le permitirán estar exento de proporcionar esta información.

Marque aquí si cree que puede estar exento de proporcionar información sobre el padre o la madre que no tiene la custodia.

Preferiría hablar con mi trabajador del caso del DHS o de manutención infantil.

Juro o afirmo solemnemente, sujeto a sanciones penales por dar declaración falsa, que he leído el Paso 6 (este paso) y las declaraciones fácticas incluidas con respecto a la paternidad son verdaderas a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que, si recibo asistencia médica (excepto créditos fiscales para las primas y reducciones de gastos compartidos) y asistencia en efectivo, todos los pagos de manutención infantil serán cobrados y desembolsados por la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD, en inglés) de la Oficina del Fiscal General (OAG, en inglés) del Distrito de Columbia. Entiendo que estoy cediendo mis derechos de manutención al recibir asistencia médica y en efectivo (excepto créditos fiscales para las primas y reducciones de gastos compartidos). Cedo la manutención hasta el monto que reciba de estos programas. Si recibo asistencia en efectivo, podría recibir pagos de manutención infantil adicionales superiores a la subvención de asistencia en efectivo. Si recibo un pago por error, me pondré en contacto con la CSSD. Entiendo que por ley cualquier pago recibido por error debe devolverse a la CSSD o se me obligará a hacer el reembolso. Entiendo que pueden haber razones por las que no deseo la manutención infantil, sin embargo, es importante cooperar con la CSSD. Por lo tanto, si tengo alguna inquietud me pondré en contacto con mi trabajador del caso de la CSSD de inmediato.

Firme aquí

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante

**Complete las preguntas a continuación sobre el padre o la madre ausente solo si solicita asistencia en efectivo para un menor. Caso contrario, vaya al Paso 7.**

<b>Menor uno</b>	Nombre completo del menor		Fecha de nacimiento del menor	
	Ciudad y estado donde fue concebido el menor			
	Cuéntenos sobre el presunto padre o madre que no tiene la custodia (indique toda la información que tenga)			
	Nombre completo del padre/madre		Apodo	
	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado)		SSN
	Raza		Teléfono	
	Último empleador conocido		Fechas de empleo	
	¿Se determinó la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Tribunal de audiencias de manutención infantil/Distrito		Ciudad	Estado
	Fecha de la orden	Monto de la orden	Fecha en que recibió dinero por última vez del padre/la madre que no tiene la custodia	

<b>Menor dos</b>	Nombre completo del menor		Fecha de nacimiento del menor	
	Ciudad y estado donde fue concebido el menor			
	Cuéntenos sobre el presunto padre o madre que no tiene la custodia (indique toda la información que tenga)			
	Nombre completo del padre/madre		Apodo	
	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado)		SSN
	Raza		Teléfono	
	Último empleador conocido		Fechas de empleo	
	¿Se determinó la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Tribunal de audiencias de manutención infantil/Distrito		Ciudad	Estado
	Fecha de la orden	Monto de la orden	Fecha en que recibió dinero por última vez del padre/la madre que no tiene la custodia	

<b>Menor tres</b>	Nombre completo del menor		Fecha de nacimiento del menor		
	Ciudad y estado donde fue concebido el menor				
	Cuéntenos sobre el presunto padre o madre que no tiene la custodia (indique toda la información que tenga)				
	Nombre completo del padre/madre		Apodo		
	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado)	SSN		
	Raza		Teléfono		
	Último empleador conocido		Fechas de empleo		
	¿Se determinó la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	Tribunal de audiencias de manutención infantil/Distrito		Ciudad	Estado	
	Fecha de la orden	Monto de la orden	Fecha en que recibió dinero por última vez del padre/la madre que no tiene la custodia		

<b>Menor cuatro</b>	Nombre completo del menor		Fecha de nacimiento del menor		
	Ciudad y estado donde fue concebido el menor				
	Cuéntenos sobre el presunto padre o madre que no tiene la custodia (indique toda la información que tenga)				
	Nombre completo del padre/madre		Apodo		
	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado)	SSN		
	Raza		Teléfono		
	Último empleador conocido		Fechas de empleo		
	¿Se determinó la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	Tribunal de audiencias de manutención infantil/Distrito		Ciudad	Estado	
	Fecha de la orden	Monto de la orden	Fecha en que recibió dinero por última vez del padre/la madre que no tiene la custodia		

<b>Menor cinco</b>	Nombre completo del menor		Fecha de nacimiento del menor	
	Ciudad y estado donde fue concebido el menor			
	Cuéntenos sobre el presunto padre o madre que no tiene la custodia (indique toda la información que tenga)			
	Nombre completo del padre/madre		Apodo	
	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado)		SSN
	Raza		Teléfono	
	Último empleador conocido		Fechas de empleo	
	¿Se determinó la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Tribunal de audiencias de manutención infantil/Distrito		Ciudad	Estado
	Fecha de la orden	Monto de la orden	Fecha en que recibió dinero por última vez del padre/la madre que no tiene la custodia	

<b>Menor seis</b>	Nombre completo del menor		Fecha de nacimiento del menor	
	Ciudad y estado donde fue concebido el menor			
	Cuéntenos sobre el presunto padre o madre que no tiene la custodia (indique toda la información que tenga)			
	Nombre completo del padre/madre		Apodo	
	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (ciudad, estado)		SSN
	Raza		Teléfono	
	Último empleador conocido		Fechas de empleo	
	¿Se determinó la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Tribunal de audiencias de manutención infantil/Distrito		Ciudad	Estado
	Fecha de la orden	Monto de la orden	Fecha en que recibió dinero por última vez del padre/la madre que no tiene la custodia	

**Si tiene más de seis menores con padre o madre sin custodia, incluya su información en una hoja adicional.**

## PASO 7 Si no está registrado(a) para votar en el lugar donde usted vive actualmente, ¿desea registrarse para votar aquí hoy?

- Sí** – complete este paso y la solicitud de registro de votantes (adjunta al reverso de esta solicitud).
- No** – vaya al Paso 8

**Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.**

La decisión de registrarse para votar es absolutamente voluntaria. Solicitar el registro para votar o negarse a este no afectará el monto de asistencia que recibirá de esta agencia. Esta información es confidencial. La decisión de no presentar la solicitud, así como el nombre de la oficina donde se presentó su solicitud, permanecerán confidenciales y solo se utilizarán para fines de registro de votantes. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse para votar o negarse a este registro, su derecho a la privacidad para decidir entre inscribirse o solicitar inscribirse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral y de Ética del Distrito de Columbia: The District of Columbia Board of Elections and Ethics, 441 4th Street NW, Suite 250, Washington, DC 20001; teléfono (202) 727-2525.

Hemos adjuntado un formulario de registro de votantes para usted. Si necesita asistencia para completar el formulario de registro de votantes, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Si hay más personas en su grupo familiar que desean registrarse para votar, háganoslo saber.

Firme aquí

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del solicitante o representante

## Referencias

### Información y contactos de otros programas que pueden ayudarle.

- HealthCheck ofrece chequeos gratuitos para los niños con Medicaid. También paga otros servicios que los niños necesitan. HealthCheck puede incluso ofrecerle traslado gratuito al médico. Llame al (202) 639-4030 para obtener más información.
- El programa Mujeres, Infantes y Niños (WIC, en inglés) es un programa para niños menores de cinco años. Con WIC, puede ahorrar hasta \$140 en comida al mes. Además, el personal de WIC puede hablar con usted sobre la lactancia. Para obtener más información, llame al 1-800-345-1WIC (1-800-345-1942).
- Si es elegible para DC Medicaid, puede recuperar dinero por facturas médicas recientes que haya pagado. Llame al (202) 698-2009 para obtener más información.
- El Distrito tiene un programa especial para personas mayores y con discapacidades que necesitan cuidados de enfermería y otros cuidados en el hogar. Este programa tiene un límite de ingresos más alto que el de asistencia médica regular. Llame al 1-877-919-2372 para obtener más información.

Servicios y pruebas de VIH/SIDA	(202) 671-4900	Medicare	1-800-633-4227
Alcohol y drogas	1-888-7WE-HELP	Seguro Social	1-800-772-1213
Examen de detección de cáncer de mama o cuello uterino	(202) 442-5900	Vivienda pública y Sección 8	(202) 535-1000

**PASO 8 La cobertura médica de su familia**

(Asistencia médica SOLAMENTE)



**1. ¿Alguien de su grupo familiar cuenta actualmente con alguna cobertura médica?**  Sí  No

En caso afirmativo, marque el tipo de cobertura a continuación y escriba el nombre de las personas junto a la cobertura que reciben:

Medicaid: \_\_\_\_\_

CHIP: \_\_\_\_\_

¿Esta cobertura era del Distrito de Columbia?

Sí  No

¿Esta cobertura era de otro estado?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué estado(s)? \_\_\_\_\_

Seguro del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

¿Es una cobertura de COBRA?  Sí  No

¿Es un plan médico para jubilados?  Sí  No

**Si cuenta con un seguro, debe completar el Apéndice A más adelante.**

Medicare: \_\_\_\_\_

TRICARE: \_\_\_\_\_

No marque si tiene cobertura de Direct Care o Line of Duty.

Programa de atención médica de Asuntos de Veteranos: \_\_\_\_\_

Cuerpos de Paz: \_\_\_\_\_

OTRO

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

¿Es un plan de beneficios limitados (como la póliza de accidentes escolares)?  Sí  No

## PASO 9 Lea y firme esta solicitud



Firme a continuación si usted y su grupo familiar están solicitando asistencia médica. Si todos los integrantes del grupo familiar que necesitan asistencia médica son niños, mujeres embarazadas, padres o madres, familiares cuidadores o adultos sin hijos, esta es toda la información médica que necesitamos. A partir del Paso 10, habrá más preguntas sobre la asistencia médica para personas mayores, con discapacidad o ciegas.

Si solicita ayuda para alimentos y dinero en efectivo ÚNICAMENTE, vaya al Paso 10.

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que, según mi leal saber y entender, he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si proporciono intencionalmente información falsa o incorrecta.
- Entiendo que debo comunicarle a DC Health Link si se realiza algún cambio (y hay diferencias) en lo que escribí en esta solicitud y puedo ingresar en DCHealthlink.com o llamar al 1-855-532-5465 para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad del integrante o de los integrantes de mi grupo familiar.
- Entiendo que, de acuerdo con la ley federal, no se permite discriminación alguna por razones de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género ni discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación ingresando en [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Sé que se respetará la privacidad de la información que he proporcionado en esta solicitud según lo exige la ley. Confirmando que ninguna persona que se postula para el seguro médico en esta solicitud está recluida (detenida o encarcelada). De lo contrario, las siguientes personas están encarceladas:

\_\_\_\_\_

(Nombres de personas encarceladas)

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad y que así pueda obtener ayuda para pagar la cobertura médica, si decide presentar una solicitud. Verificaremos sus respuestas con la información de nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés), el Departamento de Seguridad Nacional o una agencia de informes del consumidor. Si la información no coincide, podríamos solicitarle que presente pruebas.

### Renovación de la cobertura para los próximos años

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica de los próximos años, acepto darle permiso a DC Health Link para que use los datos de mis ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. DC Health Link me enviará un aviso y me permitirá hacer cualquier cambio, y puedo optar por no participar en cualquier momento.

Sí, renuevo mi elegibilidad automáticamente para los próximos

5 años (número máximo de años permitido) o por un periodo más corto de años:

4 años    3 años    2 años    1 año    No usar la información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura

### Si alguna persona de este formulario es elegible para Medicaid

Le entrego a la agencia de Medicaid nuestros derechos para procurar y obtener dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales u otras terceras partes. También autorizo a la agencia de Medicaid a procurar y obtener ayuda médica de un cónyuge o padre/madre.

### ¿Qué debo hacer si creo que los resultados de mi elegibilidad son incorrectos?

Si no está de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su asistencia o cobertura médica, tiene derecho a apelar nuestra decisión y solicitar una audiencia imparcial. Puede apelar la denegación, cancelación o modificación de su elegibilidad para Medicaid, el crédito tributario para las primas o la asistencia de costos compartidos. También puede apelar si no está de acuerdo con el monto del crédito tributario para las primas ni de la asistencia de costos compartidos. Una vez que pueda apelar, podrá presentarse ante un juez administrativo y explicarle por qué no está de acuerdo con nuestra decisión.

Puede apelar la decisión expresada en el aviso que recibió hasta 90 días después de haber recibido dicho aviso, en el que se le informa sobre la elegibilidad, la denegación, la cancelación o el cambio. Si no apela dentro de los 90 días, puede perder el derecho a la apelación.

Puede apelar a través de cualquiera de las siguientes maneras:

- Llame al centro de atención al beneficiario de DC Health Link de forma gratuita al 1-855-532-5465 o TTY al 711.
- Complete el **Formulario de solicitud de apelación para personas y familias** y envíelo por fax al (202) 724-2041, por correo electrónico a [DC.OARA@dc.gov](mailto:DC.OARA@dc.gov) o por correo postal a: **Office of Administrative Review and Appeals**, 64 New York Avenue NE, 5th Floor, Washington DC 20002.
- Diríjase a cualquier centro de servicios del Departamento de Servicios Humanos y complete el **Formulario de solicitud de apelación**.
- Diríjase a la Oficina del **Centro de Recursos de Audiencias Administrativas**, en 441 4th Street NW, Suite 450-North, Washington, DC 20001 y complete el **Formulario de solicitud de audiencia**.
- Si recibe elegibilidad a través del programa Medicaid o DC Alliance, puede solicitar una audiencia imparcial por teléfono al:
- **(202) 698-4650** o (202) 727-8280.

### Firme esta solicitud

La persona que completó el **Paso 1** deberá firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí, siempre y cuando haya brindado la información requerida en el Apéndice C (adjunto).

Firme aquí

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante



## Punto de decisión

### OPCIÓN 1

Si solo desea que consideremos la elegibilidad para Medicaid para las personas que **no** son mayores de 65 años, con ceguera o alguna discapacidad, o que no necesitan servicios de atención a largo plazo, el Programa para Niños Inmigrantes de DC Alliance o un seguro médico privado, **puede PARAR aquí**. Si los Apéndices A, B o C a continuación se corresponden con su grupo familiar, recuerde completar y firmar esos apéndices.

### OPCIÓN 2

Si desea que se le tenga en cuenta para **programas de alimentos y dinero en efectivo u otros programas de asistencia médica**, incluido Medicaid para personas mayores de 65 años, con ceguera o alguna discapacidad, continúe con el Paso 10. Si desea solicitar servicios de cuidado a largo plazo, deberá completar la solicitud de asistencia médica del Programa de atención a largo plazo. Para obtener una solicitud, comuníquese con la Oficina de la Tercera Edad del Distrito de Columbia (DACL) por una exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas (EPD) al 202.724.2008, el Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades (DDS) por una exención para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD) al 202.730.1700, o si se encuentra en un centro de enfermería o una instalación de atención intermedia (ICF) comuníquese con el administrador de su centro para obtener ayuda.

También puede recoger esta solicitud en su centro de servicios más cercano o llamar al (202) 727-5355 para que le envíen una por correo a su hogar.

## PASO 10 Cuéntenos sobre los bienes de su grupo familiar



(Para completar si solicita asistencia alimentaria, médica o en efectivo)

### 1. ¿Alguien de su grupo familiar tiene dinero en efectivo a mano o en el hogar?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Cuánto? \$ \_\_\_\_\_

### 2. ¿Alguien tiene cuentas financieras?

Sí  No

En caso afirmativo, enumere todas las cuentas de su propiedad y de cualquier persona que presente la solicitud. Algunos ejemplos de cuentas financieras son: Cuenta corriente/de ahorros, 401K, IRA, anualidades, mercado monetario, acciones/bonos/fondos mutuos/etc.

Tipo	Propietario(s) de la cuenta	Nombre del banco	Saldo de la cuenta
			\$
			\$
			\$

### 3. ¿Alguien de su grupo familiar tiene vehículos? (Asistencia médica solamente)

Sí  No

• En caso afirmativo, enumere todos los vehículos de su propiedad y de cualquier persona que presente la solicitud. Algunos ejemplos de vehículos son: autos, camiones, botes o embarcaciones, motocicletas, casas rodantes, cuatriciclos, etc.

• En caso afirmativo, ¿este vehículo lo utiliza alguien que está enfermo o tiene una discapacidad?

Sí  No

Propietario	Marca/modelo	Identificación del vehículo	Año	Monto adeudado

Nombre		N.º VIN		\$
N.º de licencia o id. de no conductor		N.º de matrícula		
Nombre		N.º VIN		\$
N.º de licencia o id. de no conductor		N.º de matrícula		
Nombre		N.º VIN		\$
N.º de licencia o id. de no conductor		N.º de matrícula		

**4. ¿Alguien de su grupo familiar tiene propiedades?**

Sí  No

En caso afirmativo, complete la tabla a continuación para usted y cualquier persona que presente la solicitud.

Tipo	¿Quién lo posee?	Valor justo de mercado	Monto adeudado	Fecha de adquisición
Su casa (Asistencia médica solamente)		\$		
Terreno		\$		
Vivienda de alquiler (Asistencia médica solamente)		\$		
Casa de vacaciones		\$		
Equipamiento/herramientas		\$		
Maquinaria		\$		
Remolques		\$		
Ganado		\$		
Derechos minerales/petroleros		\$		
Otro:		\$		

**5. ¿Alguien de su grupo familiar tiene alguno de los siguientes bienes?**

Sí  No

En caso afirmativo, complete la tabla a continuación para usted y cualquier persona que presente la solicitud.

Tipo	¿Quién lo posee?	Valor	Fecha de adquisición
Seguro de vida (Asistencia médica solamente)		\$	
Fideicomiso		\$	
Parcela funeraria		\$	
Plan/contrato funerario		\$	

**6. ¿Alguien de su grupo familiar ha vendido, intercambiado o regalado bienes durante los últimos 3 meses?**

Sí  No

(Para asistencia alimentaria y cobertura médica retroactiva solamente)

¿Quién?	¿Qué fue intercambiado o regalado?	Valor justo de mercado del artículo regalado

		\$ _____
		\$ _____

## PASO 11 Cuéntenos sobre los gastos de su grupo familiar



(Para completar si solicita asistencia alimentaria, médica o en efectivo)

Su asistencia alimentaria puede aumentar si tiene gastos habituales como alquiler, hipoteca, servicios públicos, manutención de menores, cuidado de dependientes y servicios médicos para personas que tienen una discapacidad o son mayores de 60 años. El no informar o verificar cualquiera de los gastos que se enumeran a continuación se considerará una declaración de su grupo familiar de que no desea recibir una deducción por el gasto no declarado.

### 1. ¿Cuánto paga su grupo familiar por lo siguiente cada mes? (Asistencia alimentaria solamente)

Alquiler: \$ \_\_\_\_\_ Hipoteca: \$ \_\_\_\_\_

Impuestos a la propiedad: \$ \_\_\_\_\_ Seguro del propietario de la vivienda: \$ \_\_\_\_\_ Cuota/HOA de condominio: \$ \_\_\_\_\_

Si respondió la pregunta n.º 1: ¿Quién paga? \_\_\_\_\_

### 2. ¿Le paga a alguien por una habitación? (Asistencia alimentaria solamente)

Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuánto paga? \$ \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó a pagar la habitación? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el tipo de residencia?

Pensión comercial  Residencia privada  Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuántas comidas ofrece el propietario cada día? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia paga por la habitación? (Por ejemplo, de forma semanal, mensual, etc.) \_\_\_\_\_

### 3. Marque todos los servicios públicos que su grupo familiar paga, aparte del alquiler.

Electricidad  Gas  Combustible  Agua  Teléfono (incluido el celular)  
 Otro: \_\_\_\_\_

Si respondió la pregunta n.º 3: ¿Quién paga? \_\_\_\_\_

### 4. ¿Paga la calefacción o el aire acondicionado aparte de su alquiler?

Sí  No

(Asistencia alimentaria solamente)

### 5. En los últimos 12 meses, ¿recibió beneficios del Programa de Asistencia Energética para Hogares con Bajos Ingresos (LIHEAP, en inglés)? (Asistencia alimentaria solamente)

Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuánto recibió? \$ \_\_\_\_\_

### 6. ¿Todos los integrantes de su grupo familiar están sin hogar y no reciben refugio gratuito durante todo el mes? (Asistencia alimentaria solamente)

Sí  No

### 7. ¿Alguien de su grupo familiar paga manutención infantil?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

**8. ¿El grupo familiar está legalmente obligado a pagar manutención infantil?**  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuánto debe pagar cada mes? \$ \_\_\_\_\_

¿Cuánto paga cada mes? \$ \_\_\_\_\_

---

**9. ¿Alguien de su grupo familiar tiene gastos por el cuidado de dependientes?**  Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Cuánto paga esta persona? \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ (diaria, semanal, mensual, quincenal, etc.)

¿A quién? \_\_\_\_\_ ¿Para quién? \_\_\_\_\_

---

**10. ¿Ha participado usted o alguien de su grupo familiar en programas laborales o en algún trabajo en otro estado?** (Asistencia alimentaria solamente)  Sí  No

a. En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuántas horas por semana? \_\_\_\_\_

c. Nombre de la escuela o el programa: \_\_\_\_\_

---

**11. ¿Hay alguien de su grupo familiar que tenga una discapacidad o más de 60 años que pague facturas médicas?** (Asistencia alimentaria solamente)  Sí  No

a. En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuánto paga esa persona cada mes? \$ \_\_\_\_\_

**PASO 12 Preguntas generales sobre el programa**  

(Para completar si solicita asistencia alimentaria o en efectivo únicamente)

**12. ¿Alguna persona en su hogar ha recibido una cancelación del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) por negarse a cooperar con un revisor de control de calidad?**  Sí  No

(Alimento y asistencia en efectivo solamente)

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

---

**13. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha sido condenado anteriormente por un delito grave a nivel estatal o federal como adulto?** (Asistencia alimentaria solamente)

No  Sí, delito por agresión sexual

Sí, abuso sexual agravado  Sí, explotación y abuso sexual de menores

Sí, asesinato

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, doy fe de que \_\_\_\_\_ (escriba el nombre de la persona o las personas condenadas) cumple(n) con los términos de su sentencia.

Firme aquí

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante

### PASO 13 Asistencia Médica o Provisional por Discapacidad (IDA)



(Para completar solo si solicita asistencia temporal en efectivo mientras espera la determinación de la Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI]).

**Sí** – complete más abajo

**No** – vaya al Paso 14

1. ¿Alguna vez solicitó la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) con la Administración del Seguro Social (SSA, en inglés)?

*Sí*    *No*

2. En caso afirmativo, ¿cuándo presentó su solicitud de la SSI ante la SSA? \_\_\_\_

3. ¿Su solicitud de la SSI aún está en curso?

*Sí*    *No*

4. ¿La SSA le negó anteriormente la elegibilidad para la SSI en una solicitud anterior? (IDA solamente)

*Sí*    *No*

En caso afirmativo, ¿cuándo se presentó? \_\_\_\_\_

Si hubo algún cambio en su condición médica desde la última vez que presentó una solicitud ante la SSA para los beneficios de la SSI, indíquelo a continuación:

\_\_\_\_\_

## PASO 14 Preguntas del grupo familiar

(Para completar solo si solicita asistencia alimentaria o en efectivo)



1. **¿Cuál de los siguientes ha recibido alguien de su grupo familiar en los últimos 30 días?** (Marque todo lo que corresponda)

Prestación de incentivo laboral

Un pago único de \$ \_\_\_\_\_

Deducción en el impuesto sobre la renta federal  
(EITC)

Ninguna de las anteriores

2. **¿Recibió su grupo familiar un pago único de desvío en los últimos 12 meses para ayudar a conservar o aceptar un empleo?**

Sí  No

3. **¿Alguna vez ha sido víctima de violencia familiar o doméstica, o lo es en el presente?**  
(Solo para asistencia en efectivo)

Sí  No

4. **¿Desea una remisión a servicios de apoyo privados y confidenciales porque sufre violencia familiar o doméstica?** (Solo para asistencia en efectivo)

Sí  No

5. **¿Tiene una afección de salud física o mental que le dificulta trabajar o asistir a un programa de capacitación?** (Solo para alimentos y efectivo)

Sí  No

6. **¿Le resulta difícil trabajar o asistir a un programa de capacitación porque es médicamente necesario que se quede en el hogar para cuidar a un integrante del grupo familiar que tiene una discapacidad física o mental?** (Solo para alimentos y efectivo)

Sí  No

7. **¿Tiene previsto que algún niño se ausente del hogar por más de 90 días consecutivos?**

Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién y desde cuándo hasta cuándo? \_\_\_\_\_

## PASO 15 Intercambio de información y certificación de la solicitud



(Lea y firme estas certificaciones si solicita asistencia alimentaria, médica o en efectivo)

Es posible que el DHS necesite obtener información sobre usted

Autorizo al DHS a obtener información sobre mí de otras personas, agencias y empresas. Entiendo que el DHS puede comunicarse con las personas que figuran en la lista a continuación. Entiendo que el DHS puede comunicarse con otras personas que no estén en esta lista. Sé que el DHS puede comunicarse con personas que estén en el Distrito, así como en Maryland, Virginia y otros estados.

- Hospitales, clínicas, y otros proveedores médicos y de salud mental.
- Agencias de servicios sociales.
- Empleadores actuales y anteriores.
- Agencias de alquiler, prestamistas hipotecarios, empresas de servicios públicos, arrendadores y administradores de residentes.
- Escuelas (públicas, chárter y privadas).
- Proveedores de cuidado infantil y de adultos.
- Padres, madres y cuidadores de niños.
- Departamento de Salud del Comportamiento (DBH, en inglés).
- Departamento de Salud (DOH, en inglés).
- Autoridad de Vivienda del DC (DCHA, en inglés).
- Departamento de Servicios de Empleo (DOES, en inglés).
- Oficina de Impuestos e Ingresos (OTR, en inglés).
- Servicio de Impuestos Internos (IRS).
- Departamento de Vehículos Motorizados (DMV, en inglés).
- Bancos, cooperativas de crédito y otras instituciones crediticias.
- Agencias crediticias y otras agencias de informes.
- Cualquier otra persona, agencia y empresa, según sea necesario.

Autorizo a esas partes a compartir mi información con el DHS. Esto incluye datos sobre mi salud, mis ingresos, mis bienes, mis facturas y mi familia. Esto también incluye cualquier registro gubernamental, médico y de servicios sociales sobre mí. Sé que el DHS mantendrá toda mi información confidencial. Cooperaré al brindar todas las autorizaciones escritas específicas que cualquiera de estas partes requiera antes de brindar mi información al DHS.

## Uso ilegal de los beneficios y sanciones

El Distrito de Columbia puede presentar cargos penales en su contra y pedir que se le quite la asistencia pública en el futuro si infringe las leyes del programa de asistencia pública.

Usted no debe:

- Permitir que otra persona utilice sus beneficios o la tarjeta de Medicaid.
- Continuar usando sus beneficios o la tarjeta de Medicaid si ya no vive en el DC.
- Aceptar el pago de un proveedor a cambio de recibir servicios cubiertos por Medicaid, a menos que esté autorizado como parte de un programa aprobado por el Departamento de Financiación de Servicios de la Salud (DHCF, en inglés).
- Dar información falsa o retener información para obtener o seguir recibiendo beneficios.
- Involucrarse en el tráfico del SNAP, incluido el comercio o la venta de beneficios de ese programa o tarjetas de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, en inglés).
- Usar el SNAP para comprar artículos no permitidos, como alcohol, drogas y armas de fuego, o para pagar en cuentas corrientes.
- Permitir que una persona que no esté aprobada como representante autorizado o designado use su PIN (número de identificación personal) de EBT.
- Usar los beneficios de otra persona.
- Usar la tarjeta EBT de otra persona sin autorización.
- Usar su tarjeta EBT que contiene los beneficios de TANF en una licorería, un lugar de entretenimiento para adultos, como un club de *striptease*, o en un establecimiento de apuestas como un casino.

Sus beneficios de SNAP no aumentarán si su asistencia en efectivo se reduce o se cierra porque no siguió las reglas. Si un integrante del grupo familiar comete una infracción intencional del programa (IPV, en inglés), que implica una infracción deliberada de las reglas:

- El DHS puede descalificar a la persona de los programas de beneficios.
- El DHS puede descalificar a esta persona durante 6 meses por la primera infracción (TANF y Programa de Empleo y Responsabilidad de Trabajo [POWER, en inglés]).
- El DHS puede descalificar a esta persona durante 12 meses por la primera infracción (SNAP) o la segunda infracción (TANF y POWER).
- El DHS puede descalificar a esta persona durante 24 meses por la segunda infracción (SNAP) o después de la primera vez que un tribunal declare a esta persona culpable de comprar drogas ilegales con los beneficios del SNAP.
- El DHS puede descalificar a esta persona de participar en programas de beneficios de forma permanente:
  - después de la tercera infracción (TANF, POWER y SNAP), o
  - después de la segunda vez que un tribunal declare culpable a una persona de comprar drogas ilegales con los beneficios del SNAP, o
  - después de la primera vez que un tribunal declare culpable a esta persona de comprar armas, balas o explosivos con los beneficios del SNAP, o
  - después de que un tribunal declare a esta persona culpable de traficar con los beneficios del SNAP por un monto de \$500 o más.

El DHS puede descalificar a una persona que comete una infracción intencional del programa para que no participe en los programas de beneficios de forma permanente.

El DHS puede descalificar a esta persona por diez años si se la halla culpable de dar una declaración falsa sobre su identidad o residencia para recibir múltiples beneficios al mismo tiempo.

Cualquier persona que viole cualquiera de las reglas a propósito puede quedar excluida del SNAP por un año o de forma permanente además de recibir una multa de hasta \$250,000, ir a prisión hasta por 20 años o ambos.

Un juez también puede descalificar a esta persona para que no reciba beneficios de TANF o SNAP por 18 meses adicionales. Es posible que la persona también deba enfrentarse a un enjuiciamiento adicional en virtud de otras leyes federales. Las personas que soliciten cuatro (4) o más tarjetas EBT de reemplazo en un año pueden ser remitidas a la Oficina del Inspector General del Distrito de Columbia para una investigación por tráfico de beneficios.

**Doy fe y declaro bajo pena de perjurio a mi leal saber y entender que la información presentada es correcta y que**

la(s) persona(s) para quienes estoy solicitando los beneficios son ciudadanos estadounidenses o están de manera legal en los Estados Unidos.

Firme aquí

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante

\_\_\_\_\_

**PASO 16 ¿Solicitó TANF?** (Si solicitó asistencia médica únicamente, continúe con el Paso 19)

**Sí** – programe una cita para su evaluación de TANF siguiendo las instrucciones a continuación y traiga ESTA PÁGINA (40) Y la página 57 a su cita.

**No** – vaya al Paso 17 si solicitó asistencia alimentaria.

Si solicitó asistencia médica, no se necesita más información.

Para recibir una aprobación para los beneficios de TANF (en efectivo), debe completar una orientación/evaluación y firmar un Plan de responsabilidad individual (IRP, en inglés). Esto debe completarse dentro de los 45 días posteriores a la presentación de esta solicitud de beneficios.

**¿Cómo programo una cita?**

Para programar una cita debe llamar o dirigirse en persona al Centro de Recursos Familiares de la Oficina de Oportunidades Laborales (OWO, en inglés) en una de sus ubicaciones. Las citas se ofrecen de lunes a jueves de 8:15 a.m. a 3:00 p.m.

**Anacostia**

2100 Martin Luther King Jr. Ave.  
S.E. Suite 402  
Washington, D.C. 20020

**Fort Davis**

3851 Alabama Ave. S.E.  
Washington, D.C. 20020

**Congress Heights**

4049 South Capitol Street. SW  
Washington, DC 20032

**H Street**

645 H St. N.E.  
Washington, D.C. 20002

**Taylor Street**

1207 Taylor Street, N.W.  
Washington, D.C. 20011

**¿Cuánto tiempo durará mi orientación/evaluación?**

Debe prepararse para estar al menos 90 minutos en la oficina. Es su responsabilidad programar y asistir a esta cita.

**¿Qué debo llevar a mi orientación/evaluación?**

Debe traer este formulario (página 40) el recibo de su solicitud (página 57) y una identificación con fotografía.

**¿Están cubiertos mis gastos de viaje hacia/desde mi cita de orientación/evaluación?**

La Oficina de Oportunidades Laborales puede brindar asistencia o reembolso de Metro a pedido.

Nombre completo del solicitante

Fecha de nacimiento

Número de caso

Entiendo que no realizar la orientación/evaluación y firmar el IRP dará como resultado la denegación de beneficios.

Firma del solicitante o representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del empleado de OWO: \_\_\_\_\_

Centro de servicios: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



(Para completar solo si solicita asistencia médica y alguien del grupo familiar es elegible para la cobertura médica a través de un empleo)

## Cobertura del seguro médico a través del empleo

NO es necesario que responda estas preguntas a menos que alguien del grupo familiar sea elegible para la cobertura médica a través de un empleo. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrezca una cobertura.

### Cuéntenos sobre el empleo que brinda la cobertura.

Entréguele la Herramienta de cobertura del empleador de la página siguiente al empleador que le brinda la cobertura para que le ayude a responder estas preguntas. Solo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no la Herramienta de cobertura del empleador.

#### Información del empleado

Nombre del empleado (primer y segundo nombre, apellido)

Número del Seguro Social (SSN)

#### Información del empleador

Nombre del empleador

Número de identificación del empleador (EIN)

Dirección del empleador

Número de teléfono del empleador

Ciudad

Estado

Código postal

¿Con quién podemos comunicarnos para hablar sobre la cobertura médica del empleado en este trabajo?

Número de teléfono (si es diferente al anterior)

Dirección de correo electrónico

¿Es elegible actualmente para la cobertura que ofrece este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

**Sí** (Continúe)

**Si se encuentra en un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura?** (mm/dd/aaaa)

Indique los nombres de otras personas que sean elegibles para la cobertura mediante este empleo.

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**No** (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

#### Cuéntenos sobre el *plan médico* que brinda este empleador

¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con el estándar de valor mínimo\*?

Sí

No

Para el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo\* brindado **al empleado solamente** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, brinde la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

\*Un plan médico cumple con el estándar de valor mínimo si paga, al menos, el 60% del gasto total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de servicios médicos y hospitalarios. La mayoría de los planes basados en el trabajo cumplen con el estándar de valor mínimo.

¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan?

\$

¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
¿Qué modificaciones hará el empleador para el nuevo año del plan (si se sabe)? <input type="checkbox"/> El empleador no ofrecerá cobertura médica <input type="checkbox"/> El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o modificará la prima para el plan de menor costo disponible, solo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo* (la prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar).	
¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan?	\$
¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
Fecha de modificación: (mm/dd/aaaa)	



Utilice esta herramienta como ayuda al responder las preguntas en su solicitud de asistencia médica, Apéndice A. Esa parte de la solicitud tiene preguntas sobre la cobertura médica del empleador para la que sea elegible (**incluso si es el empleo de otra persona, como padre, madre o cónyuge**). La información de los recuadros a continuación coincide con los recuadros del Apéndice A. Por ejemplo, puede utilizar la respuesta de la pregunta 14 en esta página para responder la pregunta 14 del Apéndice A.

**Escriba su nombre y número del Seguro Social en las casillas 1 y 2, y pídale al empleador que complete el resto del formulario. Complete uno para cada empleador que brinde una cobertura médica para la que sea elegible.**

## Información del empleado

El empleado debe completar esta sección.

1. Nombre del empleado: (primer y segundo nombre, apellido)

2. Número del Seguro Social (SSN) del empleado

## Información del empleador

Pídale al empleador esta información.

3. Nombre del empleador

4. Número de identificación del empleador (EIN)

5. Dirección del empleador (Marketplace enviará notificaciones a esta dirección)

6. Número de teléfono del empleador

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. ¿Con quién podemos comunicarnos para hablar sobre la cobertura médica del empleado en este trabajo?

11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)

12. Dirección de correo electrónico

13. ¿El empleado es elegible actualmente para la cobertura que ofrece este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

**Sí** (Vaya a la pregunta 13a).

13a. Si el empleado no es elegible en la actualidad, incluso como resultado de un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible para la cobertura? \_\_ (mm/dd/aaaa) (Vaya a la siguiente pregunta)

**No** (PARE aquí y devuelva este formulario al empleado)

## Cuéntenos sobre el plan médico que brinda este empleador

¿El empleador brinda un plan médico que cubre al cónyuge o dependiente del empleado?

**En caso afirmativo, ¿a quiénes?** Cónyuge, dependiente(s)

**No** (Vaya a la pregunta 14)

<p>14. ¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con el estándar de valor mínimo*?  <b>Sí</b> (Vaya a la pregunta 15) <b>No</b> (PARE aquí y devuelva este formulario al empleado)</p>	
<p>15. Para el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo* brindado al empleado solamente (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, brinde la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.</p>	
<p>a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan?</p>	<p>\$</p>
<p>b. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes  <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente</p>	
<p>Si el año del plan terminará pronto y sabe que los planes médicos ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, <b>PARE</b> aquí y devuelva este formulario al empleado.</p>	
<p>¿Qué modificaciones hará el empleador para el nuevo año del plan (si se sabe)?</p> <p><input type="checkbox"/> El empleador no ofrecerá cobertura médica</p> <p><input type="checkbox"/> El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o modificará la prima para el plan de menor costo disponible, solo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo* (la prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar).</p>	
<p>¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan?</p>	<p>\$</p>
<p>¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/>  Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente</p>	
<p>Fecha de modificación: _____ (mm/dd/aaaa)</p>	



**Integrante de la familia que es indígena estadounidense o nativo de Alaska (IE/NA)**

Complete este apéndice si usted o un integrante de su familia es indígena estadounidense o nativo de Alaska. Envíe esto con su Solicitud combinada de beneficios de alimentos, médicos y en efectivo.

**Cuéntenos sobre los integrantes de la familia que sean indígenas estadounidenses o nativos de Alaska.**

Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses, programas de salud tribales o programas de salud para indígenas estadounidenses urbanos. Es posible que tampoco tengan que pagar los gastos compartidos y puedan obtener periodos especiales de inscripción mensual. Responda la siguiente pregunta para asegurarse de que su familia reciba la mayor asistencia posible.

**IMPORTANTE:** Si va a incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

	Persona IE/NA 1		Persona IE/NA 2	
1. Nombre (Primer y segundo nombre, apellido)	Primero	Segundo	Primero	Segundo
	Apellido		Apellido	
2. ¿Es integrante de una tribu reconocida a nivel federal?	<input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, escriba el nombre de la tribu:		<input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, escriba el nombre de la tribu:	
	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	

<p>3. ¿Esta persona alguna vez recibió servicios de los Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses, un programa de salud tribal o un programa de salud para indígenas estadounidenses urbanos, o a través de una remisión de uno de estos programas?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Si responde "no",</b> ¿esta persona es elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses, un programa de salud tribal o un programa de salud para indígenas estadounidenses urbanos, o a través de una remisión de uno de estos programas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Si responde "no",</b> ¿esta persona es elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses, un programa de salud tribal o un programa de salud para indígenas estadounidenses urbanos, o a través de una remisión de uno de estos programas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>4. Es posible que cierto dinero recibido no se tome en cuenta para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés). Indique todos los ingresos (monto y con qué frecuencia) informados en su solicitud que incluyan dinero de estas fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, contratos de alquiler o regalías.</li> <li>• Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, contratos de alquiler o regalías de tierras designadas como tierras indígenas fiduciarias por el Departamento del Interior (incluidas reservas y antiguas reservas).</li> <li>• Dinero por vender cosas que tienen un significado cultural.</li> </ul>	<p>\$</p> <p>¿Con qué frecuencia? _____</p>	<p>\$</p> <p>¿Con qué frecuencia? _____</p>

## Apéndice C Aprobación del representante autorizado



Puede nombrar personas para que actúen en su nombre en hasta tres funciones. Para Medicaid, también puede elegir una organización. Consulte la página 54 para obtener detalles sobre quién puede ser nombrado en cada función.

<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Asistencia médica	<b>REPRESENTANTE:</b> esta persona u organización puede solicitar beneficios, brindar asistencia para entrevistas, recibir avisos, informar cambios y hacer consultas. Los integrantes de su grupo familiar serán responsables de cualquier emisión en exceso que resulte de la información incorrecta otorgada por el representante.				
	Nombre completo		Si es una persona, fecha de nacimiento		
	Teléfono		Correo electrónico		
	Dirección	Unidad	Ciudad	Estado	Código postal
<b>Autorizo a esta persona a:</b> (marque todo lo que corresponda)					
<input type="checkbox"/> Solicitar beneficios <input type="checkbox"/> Brindar asistencia para entrevistas <input type="checkbox"/> Recibir avisos <input type="checkbox"/> Informar cambios <input type="checkbox"/> Realizar consultas					
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Igual que el representante	<b>PERSONA DESIGNADA:</b> esta persona solo recibirá una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) con su nombre y podrá acceder a sus beneficios de alimentos o dinero en efectivo en su representación (solo para alimentos y efectivo).				
	Nombre completo		Fecha de nacimiento		
	Teléfono		Correo electrónico		
	Dirección	Unidad	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="checkbox"/> Igual que el representante <input type="checkbox"/> Igual que la persona designada	<b>MENSAJERO:</b> esta persona puede retirar su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) en la Oficina de EBT (solo para alimentos y efectivo).				
	Nombre completo		Fecha de nacimiento		
	Teléfono		Correo electrónico		
	Dirección	Unidad	Ciudad	Estado	Código postal

Al firmar, certifico que las personas designadas anteriormente pueden actuar en mi representación. Entiendo que cualquier persona que brinde información falsa intencionalmente puede ser enjuiciada de conformidad con los estatutos federales y estatales correspondientes. Si el Distrito determina que un representante autorizado ha brindado intencionalmente información falsa sobre las circunstancias de los integrantes del grupo familiar o ha hecho un uso inadecuado de los beneficios, puede descalificar a esa persona para que actúe como representante autorizado por hasta un año. Entiendo que el poder para actuar como representante autorizado es válido hasta que modifique la autorización o notifique a la agencia que el representante ya no está autorizado para representarme, el representante autorizado le informe a la agencia que ya no actúa en tal capacidad, o haya un cambio en la autoridad legal sobre la cual se basó la autoridad del individuo o la organización.

Firma del solicitante

Fecha

Acepto mantener, o estar legalmente obligado a mantener, la confidencialidad de cualquier información relacionada con el solicitante o el beneficiario brindada por la agencia.

(Si el representante autorizado de Medicaid es un proveedor, un integrante del personal o un voluntario de una organización) Afirmo que cumpliré las regulaciones del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés), parte 431, subparte F, del título 45 del CFR, sección 155.260(f) y sección 447.10 del título 42 del CFR, así como otras leyes estatales y federales pertinentes sobre conflictos de intereses y confidencialidad de la información.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona designada autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del mensajero autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Preguntas complementarias para Medicaid retroactivo



(Para completar solo si solicita asistencia médica y respondió "sí" a la pregunta 36 y a las subpreguntas de la pregunta 36)

Si actualmente no tiene esta información, podrá solicitar estos meses hasta 9 meses después de haber enviado esta solicitud.

**Historial de residencia:** si usted o un integrante de su grupo familiar no vivía en el Distrito en los 3 meses anteriores a esta solicitud, complete la tabla a continuación para cada persona que no era habitante del Distrito.

Primer mes	Mes	Año	Segundo mes	Mes	Año	Tercer mes	Mes	Año
Nombre del integrante	Estado		Nombre del integrante	Estado		Nombre del integrante	Estado	

**Información de ciudadanía/condición migratoria elegible:** Si usted o un integrante de su grupo familiar tuvo un cambio en su ciudadanía o condición migratoria elegible durante los 3 meses anteriores a esta solicitud, complete la tabla a continuación para cada persona de su grupo familiar que tuvo este cambio.

Primer mes	Mes	Año	Segundo mes	Mes	Año	Tercer mes	Mes	Año
Nombre del integrante	Condición migratoria		Nombre del integrante	Condición migratoria		Nombre del integrante	Condición migratoria	

**Información impositiva:** si usted o un integrante de su grupo familiar tuvo un cambio en el estado de declaración de impuestos en los 3 meses anteriores a esta solicitud, complete la tabla a continuación para cada persona de su grupo familiar que haya tenido este cambio.

Primer mes	Mes	Año	Segundo mes	Mes	Año	Tercer mes	Mes	Año
<b>Nombre del integrante</b>	<b>Estado de declaración de impuestos</b> (Contribuyente, dependiente fiscal, no contribuyente)		<b>Nombre del integrante</b>	<b>Estado de declaración de impuestos</b> (Contribuyente, dependiente fiscal, no contribuyente)		<b>Nombre del integrante</b>	<b>Estado de declaración de impuestos</b> (Contribuyente, dependiente fiscal, no contribuyente)	

**Historial de ingresos:** si usted o un integrante de su grupo familiar tuvo un cambio en los ingresos en los 3 meses anteriores a esta solicitud, complete la tabla a continuación para cada persona de su grupo familiar que haya tenido este cambio.

Primer mes	Mes	Año	Segundo mes	Mes	Año	Tercer mes	Mes	Año
<b>Nombre del integrante</b>	<b>Tipo de ingreso</b> (Salario/sueldo, pensión, desempleo, ingresos de trabajo por cuenta propia, Seguridad Social, etc.)		<b>Nombre del integrante</b>	<b>Tipo de ingreso</b> (Salario/sueldo, pensión, desempleo, ingresos de trabajo por cuenta propia, Seguridad Social, etc.)		<b>Nombre del integrante</b>	<b>Tipo de ingreso</b> (Salario/sueldo, pensión, desempleo, ingresos de trabajo por cuenta propia, Seguridad Social, etc.)	

**Otra cobertura médica:** si usted o un integrante de su grupo familiar tuvo un cambio en la cobertura médica en los 3 meses anteriores a esta solicitud, complete la tabla a continuación para cada persona de su grupo familiar que haya tenido este cambio.

Primer mes	Mes	Año	Segundo mes	Mes	Año	Tercer mes	Mes	Año
Nombre del integrante	Tipo de cobertura	¿La cobertura comenzó o finalizó?	Nombre del integrante	Tipo de cobertura	¿La cobertura comenzó o finalizó?	Nombre del integrante	Tipo de cobertura	¿La cobertura comenzó o finalizó?

**Discapacidad:** si usted o un integrante de su grupo familiar tuvo un cambio en la condición de persona con discapacidad en los 3 meses anteriores a esta solicitud, complete la tabla a continuación para cada persona de su grupo familiar que haya tenido este cambio.

Primer mes	Mes	Año	Segundo mes	Mes	Año	Tercer mes	Mes	Año
Nombre del integrante	Condición de persona con discapacidad (Ciego o con discapacidad)		Nombre del integrante	Condición de persona con discapacidad (Ciego o con discapacidad)		Nombre del integrante	Condición de persona con discapacidad (Ciego o con discapacidad)	

**Información de bienes:** si usted o un integrante de su grupo familiar tuvo un cambio en los bienes en los 3 meses anteriores a esta solicitud, complete la tabla a continuación para cada persona de su grupo familiar que haya tenido este cambio.

Primer mes	Mes	Año	Segundo mes	Mes	Año	Tercer mes	Mes	Año
------------	-----	-----	-------------	-----	-----	------------	-----	-----

<b>Nombre del integrante</b>	<b>Tipo de bien</b>	<b>Valor</b>	<b>Nombre del integrante</b>	<b>Tipo de bien</b>	<b>Valor</b>	<b>Nombre del integrante</b>	<b>Tipo de bien</b>	<b>Valor</b>



Este Apéndice debe completarlo SOLAMENTE Project Wish para utilizarse en una solicitud de Medicaid para el cáncer de mama y cuello uterino.

Nombre del solicitante de Medicaid (primer y segundo nombre, apellido)

Número del Seguro Social

Fecha de nacimiento

**Coordinador de Project Wish: lea las respuestas a continuación y marque "Sí" si el solicitante está inscrito en Project Wish.**

**Sí** Este solicitante está inscrito en Project Wish, el Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (NBCCEDP, en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés) y se ha realizado pruebas de detección o diagnóstico de acuerdo con las pautas del NBCCEDP.  
  
(Si indicó "Sí", este formulario debe completarlo el médico que realizó el diagnóstico o tratamiento)

**Sí** Este solicitante fue evaluado por el Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (NBCCEDP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)  
  
en este estado \_\_\_\_\_ (indique el estado y el nombre del programa aquí) y se le han realizado pruebas de detección o diagnóstico de acuerdo con las pautas del Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (NBCCEDP). (Si indicó "Sí", este formulario debe completarlo el médico que realizó el diagnóstico o tratamiento).

**Información de diagnóstico para el solicitante de Medicaid**

Diagnóstico:

Comentarios del médico:

Fecha del diagnóstico:

Firma del médico:

Fecha:

Nombre del médico:

Nombre de la instalación/hospital/clínica:

Dirección de la instalación/hospital/clínica:

**Firmo este formulario bajo pena de perjurio, lo cual significa que he brindado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario a mi leal saber y entender. Entiendo que se me puede sancionar de acuerdo con la ley federal si proporciono información falsa o incorrecta de manera intencional.**

Firma del coordinador del NBCCEDP:

Fecha:

Nombre del coordinador del NBCCEDP:

**Cooperación de manutención infantil de TANF**

Tiene la obligación legal de cooperar para establecer la paternidad y asegurar el respaldo financiero y médico como condición de elegibilidad para la asistencia, en caso de ausencia de causa justificada. Puede declarar una "causa justificada" en cualquier momento. Tiene derecho a una exención del requisito de cooperación para el establecimiento de la paternidad y manutención infantil si brinda evidencia corroborativa de una "causa justificada", que debe establecerse en una reunión con la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD) de la Oficina del Fiscal General (OAG). No cooperar con el establecimiento de la paternidad y la manutención infantil podría resultar en una sanción del 25% en su subvención de TANF. La cooperación brinda a su hijo(a) el beneficio potencial del otorgamiento de asistencia médica o financiera y la falta de cooperación sin una determinación de causa justificada pueden ocasionar sanciones económicas en su subvención de TANF. La CSSD proporcionará asistencia razonable para obtener evidencia que sustente una causa justificada.

Se determinará que existe una causa justificada si se anticipa de manera razonable que los esfuerzos para cooperar pueden derivar en un daño físico, sexual o emocional para el menor, con respecto a quien se reclama la asistencia; el solicitante o destinatario; un integrante del grupo familiar del solicitante o beneficiario; o un familiar inmediato del solicitante o beneficiario, o si la CSSD identifica circunstancias que harían que la cooperación, o las acciones que resulten directamente de la cooperación, pueda ser perjudicial para el menor con respecto a quien se reclama la asistencia, incluida una (1) de las siguientes, entre otras:

1. El niño fue concebido como resultado de incesto o agresión sexual (no es necesaria una condena por incesto o agresión sexual para que aplique este apartado);
2. Los procedimientos legales para la adopción del menor están pendientes en un tribunal de jurisdicción competente; o
3. El solicitante o beneficiario está recibiendo asistencia de una agencia social pública o privada con licencia para resolver la cuestión de si debe quedarse con el menor o entregarlo en adopción.

Sobre la base de la evidencia corroborativa proporcionada y cualquier investigación necesaria, la CSSD determinará si la cooperación no sería lo mejor para el menor con respecto a quién se le reclama asistencia, identificará las razones de su determinación e informará al solicitante o beneficiario por escrito la determinación y los motivos. Los derechos incluyen: el derecho a una audiencia imparcial para apelar una sanción por falta de cooperación si la CSSD determina que el solicitante o beneficiario no tiene una causa justificada para no cooperar y el solicitante o beneficiario elige no hacerlo. El personal de la CSSD puede revisar las conclusiones del personal, así como la base para una determinación de causa justificada, y puede participar en cualquier audiencia que implique una causa justificada para no cooperar. El personal de la CSSD no intentará establecer la paternidad, obtener manutención, recolectar información de terceros o perseguir a terceros responsables de servicios médicos, en aquellos casos en los que una declaración de causa justificada esté pendiente o se haya otorgado. La CSSD y la ESA harán todos los esfuerzos razonables para garantizar la confidencialidad de su paradero o el de su hijo(a) y tomarán otras medidas necesarias para protegerlos de cualquier daño si: está pendiente una declaración de causa justificada o se ha otorgado; se ha dictado una orden de protección civil o temporal con respecto a usted o su hijo(a); o la CSSD tiene motivos para creer que la divulgación de la información podría derivar en un daño para usted o su hijo(a); y que los beneficios de TANF no se denegarán, retrasarán, reducirán o suspenderán en espera del resultado de una declaración de causa justificada en la que el solicitante o beneficiario haya hecho un esfuerzo de buena fe para confirmar su declaración.

## Incumplimiento de TANF del requisito de vivienda

Si es adolescente con hijos o espera un hijo, debe cooperar con los requisitos de elegibilidad, derechos y responsabilidades y exenciones de los requisitos de vivienda. Si un solicitante o beneficiario de TANF es adolescente con hijos o espera un hijo y nunca se ha casado será elegible para los beneficios de TANF solo si vive con su hijo(a) en una residencia que mantiene su padre, madre o tutor legal, u otro familiar adulto que sea el hogar del padre, madre tutor o familiar adulto, según lo determine la alcaldesa, a menos que:

1. El adolescente con hijos o que espera un hijo no tenga padre, madre, tutor legal u otro familiar adulto apropiado.
  - a. Ni el padre, la madre, tutor legal u otro adulto apropiado que de otra manera podría calificar para actuar como tutor legal de la persona adolescente con hijos o que espera un hijo permita que esta última viva en su hogar.
  - b. El Departamento determine, después de una investigación de conformidad con las regulaciones emitidas por la alcaldesa, que la salud o seguridad física o emocional del solicitante, beneficiario o menor dependiente se vería comprometida si vivieran en la misma residencia con el padre, la madre, tutor legal u otro familiar adulto de la persona adolescente.
  - c. El Departamento determine, de acuerdo con las regulaciones emitidas por la alcaldesa, que las circunstancias justifican una determinación de causa justificada para que el solicitante o beneficiario y el menor dependiente reciban asistencia mientras viven separados del padre, la madre, tutor u otro familiar adulto de la persona adolescente que tiene o espera un hijo (entre los estándares establecidos en las regulaciones se incluye la consideración del beneficio para el menor dependiente).
  - d. Las investigaciones serán realizadas por trabajadores sociales autorizados. También se pueden utilizar otros profesionales capacitados, como médicos, enfermeros o fisiólogos, que el Departamento considere necesarios para tomar buenas decisiones de salud y seguridad.
  - e. Cuando sea necesario que la persona adolescente con hijos o que espera un hijo y el menor dependiente del beneficiario o solicitante vivan con el padre, la madre, el tutor legal u otro familiar adulto de la persona adolescente que tiene hijos o espera un hijo, o en un entorno descrito en la subsección (e) (1) de esta sección, entonces TANF puede pagarse en forma de pago de protección.
    - i. (e)(1) Si la persona adolescente que tiene hijos o espera un hijo está exenta del requisito de vivienda, el Departamento se encargará de ofrecerle a la persona adolescente que tiene hijos o espera un hijo un hogar social, una casa de maternidad u otra vivienda de apoyo adecuada supervisada por un adulto, o de ayudarla a encontrar alguno, a menos que el Departamento determine que la situación de vivienda actual de la persona adolescente que tiene hijos o espera un hijo es adecuada. El Departamento considerará las necesidades y preocupaciones de la persona adolescente que tiene hijos o espera un hijo y su hijo(a) al proporcionarles o ayudarles a encontrar un lugar para vivir. El Departamento determinará entonces el arreglo de vivienda apropiado para la persona adolescente con hijos o que espera un hijo y requerirá que esta última y el menor dependiente vivan en tal arreglo de vivienda como condición para continuar recibiendo los beneficios de TANF. Si el Departamento determina que las circunstancias de la persona adolescente con hijos o que espera un hijo han cambiado y el arreglo actual deja de ser apropiado, la persona adolescente con hijos o que espera un hijo puede vivir en un lugar alternativo apropiado y continuar recibiendo los beneficios de TANF.

## Verificación de causa justificada para TANF y POWER

Una verificación de causa justificada por no asistir a las actividades de orientación, asesoramiento o evaluación iniciales, o por no participar o completar otras actividades de preparación o búsqueda de empleo, o por no participar en actividades laborales según lo indique la ESA, deberá incluir una (1) o más de las siguientes:

- a. La verificación, de ser necesario, de una enfermedad física o mental del solicitante, o de un integrante del grupo familiar del solicitante o de la familia inmediata cuando ningún otro integrante apropiado del grupo familiar esté disponible para brindar la atención necesaria, que impida que el solicitante o beneficiario participe en las actividades requeridas.
- b. La necesidad de cuidado infantil para que el solicitante participe o continúe participando en las actividades o para que pueda aceptar un empleo, cuando el cuidado infantil apropiado y asequible (formal o informal) no esté disponible a una distancia razonable del hogar o sitio de servicios del solicitante. En virtud de este párrafo, existe la necesidad de cuidado infantil si el solicitante cuida a un(a) niño(a) de menos de seis (6) años o que tiene necesidades especiales de atención médica (verificado por evidencia médica competente, según lo determinado por la ESA) que impide la asistencia regular a la escuela.
- c. El solicitante es el padre, la madre u otro cuidador que se encarga personalmente de cuidar a un(a) niño(a) de menos de seis (6) años y participa en las actividades o el empleo, un promedio de al menos veinte (20) horas por semana.
- d. El solicitante vive en un lugar tan alejado de un programa o actividad que no hay transporte disponible. Se considerará que la persona vive lejos si se requiere un viaje de ida y vuelta de más de dos (2) horas en transporte público o privado a disposición, sin incluir el tiempo necesario para transportar a los niños hacia y desde un centro de cuidado infantil o una escuela, para un día de trabajo o capacitación normal. Sin embargo, si el tiempo de viaje normal en el área es de más de dos (2) horas, el tiempo de viaje de ida y vuelta no se considerará una causa justificada.
- e. Discriminación por parte de una entidad, un empleador u otro programa o actividad no gubernamental que infrinja la ley federal o del Distrito.
- f. Trabajo o participación sin el pago del subsidio de participación laboral.
- g. Infracciones de cualquier protección en el lugar de trabajo enumerada en la sección 5811 del título 29 de las Regulaciones Municipales del Distrito de Columbia (DCMR, en inglés).
- h. Una circunstancia extraordinaria e imprevista fuera del control del solicitante que le impida participar en las actividades necesarias, entre otras: violencia doméstica, incendios en el hogar o accidentes automovilísticos.

Las denegaciones de una solicitud de causa justificada de un solicitante se harán por escrito y se podrán apelar a través del proceso de audiencia imparcial. La ESA puede requerir una verificación razonable de una causa justificada.

## Solicitud de TANF para la verificación de la inscripción escolar de niños menores y la asistencia escolar de adolescentes con hijos o que esperan un hijo

Como condición para recibir los beneficios de TANF, se debe verificar la inscripción escolar de cada menor dependiente de 16, 17 o 18 años y se debe verificar la asistencia escolar de todas las personas adolescentes con hijos o que esperan un hijo (hombres o mujeres) menores de 20 años y que no hayan completado con éxito una educación secundaria o su equivalente. Si no se verifica la inscripción escolar para un menor dependiente, se considera que el menor no es elegible para recibir asistencia y se le dará de baja de la unidad de asistencia el último día del mes anterior a su cumpleaños número 16, 17 o 18. Si no se verifica la asistencia a la escuela para una persona adolescente con hijos o que espera un hijo, esta persona perderá la elegibilidad para TANF por cada mes en que no se cumplan los requisitos de asistencia. Como comprobante de inscripción o asistencia puede brindar uno de los documentos que se enumeran a continuación a un centro de servicios durante el periodo de procesamiento de solicitud de 45 días o en el periodo correspondiente de recertificación o informe de cambios.

- Formulario de verificación de asistencia escolar
- Libreta de calificaciones más reciente correspondiente al año escolar actual
- Correspondencia de las autoridades escolares
- Correspondencia de juntas de becas u otras organizaciones similares
- Información de expedientes académicos obtenida a través de acuerdos de uso compartido de datos e intercambios con escuelas.

Una persona adolescente con hijos o que espera un hijo debe asistir a la escuela secundaria o un programa educativo, de capacitación o similar equivalente aprobado por el Departamento, a menos que se cumpla una de las excepciones de causa justificada. Los motivos de causa justificada para no cumplir con los requisitos de asistencia a la escuela incluirán lo siguiente:

- El hijo(a) del adolescente tiene necesidades especiales de atención médica que impiden la asistencia regular del adolescente a la escuela, lo que será verificado por evidencia médica competente, según lo determine la directora del DHS o su delegado.
- Una circunstancia extraordinaria e imprevista que el DHS determina que está más allá del control del adolescente y le impide participar en las actividades requeridas.
- Su hijo(a) tiene menos de 12 semanas.
- Las opciones de cuidado infantil dentro de una distancia razonable de la escuela no están disponibles, no son asequibles o son inadecuadas y el menor para quien se busca el cuidado tiene menos de seis años.
- La ausencia se considera "justificada" por la institución o el programa educativo o de capacitación.

### Firma

- Acuso recibo del aviso en relación con la cooperación con manutención infantil y causa justificada por no cooperar.
- Acuso recibo del aviso de incumplimiento de los requisitos de vivienda del programa TANF.
- Acuso recibo del aviso de los requisitos de verificación de causa justificada del programa TANF.
- Acuso recibo del aviso de los requisitos de verificación de la inscripción escolar de menores y la asistencia escolar de adolescentes con hijos o que esperan un hijo del programa TANF.

Firme aquí

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante

## PASO 18 Información sobre su tarjeta EBT

(Alimento y asistencia en efectivo solamente)



Necesitará una tarjeta de Tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) si recibe beneficios de alimentos o en efectivo. Los beneficios se incluirán en su tarjeta EBT. Su primera tarjeta EBT es gratuita. Puede solicitar una en:

- 611 H Street NE (de 8:15 a.m. a 11:45 a.m. y de 1:00 p.m. a 4:45 p.m.)
- 1649 Good Hope Road, SE (de 8:15 a.m. a 4:45 p.m.)

**Traiga su identificación y el recibo de la solicitud (esta página de este paquete).**

## Este es su recibo (a completar por el DHS)

Este sello con fecha muestra que el DHS ha recibido su solicitud. Conserve esta página para sus registros. Si tiene alguna pregunta, llame al centro de atención telefónica de la ESA al 202.727.5355.

Nombre completo del beneficiario(a)				<b>SELLO CON FECHA DE LA ESA DEL DHS</b>
Número de caso				
<b>Tipo de solicitud</b>	<input type="checkbox"/> Solicitud <input type="checkbox"/> Recertificación <input type="checkbox"/> Acelerada			
<b>Solicitó</b>	<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Atención médica	<input type="checkbox"/> Efectivo	
<b>Programa(s) aprobado(s)</b>	<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Atención médica	<input type="checkbox"/> Efectivo	
<b>Programa(s) denegado(s)</b>	<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Atención médica	<input type="checkbox"/> Efectivo	
<b>Programa(s) pendiente(s)</b>	<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Atención médica	<input type="checkbox"/> Efectivo	

## PASO 19 Lea sobre sus derechos y las normas del programa.

### Normas generales

Debe proporcionar información completa y verdadera. Podría perder sus beneficios si miente o si brinda información falsa. También puede recibir una multa o ir a prisión. Es posible que verifiquemos su información para asegurarnos de que sea correcta. Podríamos revisar sus ingresos, su información del Seguro Social y de inmigración. Verificaremos esta información a través de programas de cotejo electrónico. Podríamos también hacerle una entrevista y una visita domiciliaria. Su caso podría ser seleccionado para una revisión de control de calidad, que consiste en una revisión detallada de toda la información y podría incluir algunas entrevistas en persona y una revisión de su historia clínica. Al presentar su solicitud, acepta cooperar con los revisores estatales y federales. Si se rehúsa a cooperar, podría perder sus beneficios de manera total o parcial. Si está siendo investigado o es un prófugo de la justicia, podremos compartir su información con las autoridades federales y locales. Si surge un reclamo del SNAP en su contra, la información de este formulario, incluidos los números del Seguro Social (SSN), podrá enviarse a las agencias federales y estatales o a las agencias privadas de cobro de reclamos para tomar medidas contra todos los adultos del grupo familiar. Según la ley federal y del Distrito, debe brindar su número del Seguro Social (si tiene uno) para recibir beneficios, a menos que esté solicitando Healthcare Alliance o el Programa para Niños Inmigrantes y no se declare ciudadano estadounidense o extranjero calificado (consulte las secciones 3304, 3305 y 3306 del título 22-B de las DCMR, la sección 435.910 del título 42 del CFR,

la sección 1320b-7(a)(1) del título 42 del Código de EE. UU (USC, en inglés), la sección 155.310 (a)(3) del título 45 del CFR, la sección 273.6 del título 7 del CFR, las secciones 4-204.07, 4-205.05a, 4-205.72, 4-217.07 del Código del DC, y la Ordenanza Municipal 92-49). La condición de extranjero de los integrantes solicitantes del grupo familiar estará sujeta a una verificación por parte de los USCIS mediante el envío de información de la solicitud a USCIS, y la información recibida de USCIS podría afectar la elegibilidad y el nivel de los beneficios de su grupo familiar.

Su SSN se usará para verificar su identidad y ciudadanía, determinar la elegibilidad y el monto de los beneficios, evitar la recepción doble de beneficios y hacer los cambios necesarios al programa. El sistema informático del DHS utiliza su SSN para verificar sus ingresos mediante el sistema de verificación de ingresos y elegibilidad (IEVS, en inglés), al emplear registros de fuentes locales y federales, incluido el Servicio de Impuestos Internos (IRS) de los EE. UU., la Administración del Seguro Social (SSA) de los EE. UU., el Departamento de Servicios de Empleo (DOES) del DC y la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD) del DC. La información del IEVS se solicitará, utilizará y podrá verificarse a través de un contacto colateral cuando el DHS encuentre discrepancias. Esta información puede afectar la elegibilidad y el nivel de los beneficios de su grupo familiar. Asimismo, el DHS se reserva el derecho de analizar su información con servicios de verificación de ingresos y demás agencias locales.

A menos que reciba un aviso de informe simplificado, debe informar de inmediato los cambios que puedan afectar su elegibilidad para el SNAP y beneficios en efectivo, como cambios en sus ingresos, bienes, refugio y gastos de cuidado infantil, y en las personas que vivan con usted. Debe informar de inmediato los cambios que puedan afectar su elegibilidad para recibir asistencia médica: cambio de residencia, ingresos, quién vive con usted, cambio en la condición migratoria/de ciudadanía y encarcelamiento. Si recibe Medicaid como persona mayor, ciega o con una discapacidad, debe informar los cambios de los bienes. Llame al (202) 727-5355 para informar un cambio. Salvo en el caso de cambios de ingresos que se deban informar en el SNAP, que deben notificar dentro de los diez (10) días posteriores a la fecha en que el grupo familiar reciba el primer pago debido al cambio, una ausencia anticipada del hogar de más de noventa (90) días de un menor que recibe TANF, que está sujeta a un requisito de informe de cinco (5) días, e informes provisionales de cambios significativos en los ingresos para beneficiarios de TANF, que son oportunos si se entregan al DHS al menos diez (10) días antes de que finalice el mes, debe llamarnos antes del día 10 del mes posterior al cambio. No informar de manera oportuna los cambios que podrían afectar su elegibilidad o el monto de beneficios puede derivar en una reducción o pérdida de los beneficios y sanciones civiles o penales.

Toda la información y documentación recopilada para determinar su elegibilidad para la asistencia en efectivo, asistencia alimentaria y asistencia médica u otro uso relacionado con algún programa es confidencial. Cada programa brinda medidas de seguridad, restringiendo el uso y la divulgación de su información a fines directamente relacionados con la administración del programa. La divulgación de información sobre su elegibilidad a cualquier persona no autorizada a recibirla es una violación de las leyes federales y del DC, y puede resultar en acciones legales. Mantendremos la confidencialidad de su información de elegibilidad a menos que usted nos dé su permiso (o la ley nos lo permita) para divulgar la información a terceros.

### Personas autorizadas

Para asistencia en efectivo y el SNAP, no puede designar como persona autorizada a un menor, vendedor minorista, proveedor de alimentos para personas sin hogar (si es un beneficiario del SNAP que se encuentra sin hogar), un empleado

del gobierno que esté manejando este caso o una persona descalificada de cualquier programa de asistencia alimentaria o en efectivo ya que sería una infracción intencional del programa. Si reside en un centro de tratamiento de adicciones (drogas o alcohol), debe designar a una persona para que sea su representante del SNAP. Su grupo familiar será responsable de cualquier emisión en exceso de efectivo o del SNAP que resulte de la información incorrecta que brinde el representante autorizado, a menos que su centro de tratamiento de adicciones u otro lugar de vivienda grupal actúe como su representante autorizado del SNAP. Cualquier persona que brinde información falsa intencionalmente puede ser enjuiciada de conformidad con los estatutos federales y estatales correspondientes por sus actos.

## **Jefe del grupo familiar**

El jefe del grupo familiar es la persona responsable de completar esta solicitud y quien será el punto de contacto del DHS para comunicarle los beneficios de su grupo familiar. Su grupo familiar puede seleccionar un nuevo jefe del grupo familiar para cada certificación o cuando haya un cambio en la composición de su grupo familiar. Para informar un cambio en relación con el jefe del grupo familiar, comuníquese con el DHS. Si solicita beneficios solo para usted, usted es el jefe del grupo familiar. Si varias personas de su grupo familiar buscan beneficios, siga las pautas a continuación para seleccionar al jefe de su grupo familiar.

- Si hay uno o más niños menores de 18 años en su grupo familiar, el jefe del grupo familiar debe ser el padre o la madre, mayor de 18 años, de los menores, o un adulto, mayor de 18 años, con autoridad parental.
- Si no hay niños menores de 18 años en su grupo familiar, elija un jefe del grupo familiar entre los adultos mayores de 18 años que viven en su grupo familiar.

Si su grupo familiar no puede ponerse de acuerdo sobre a quién elegir como jefe del grupo familiar, el DHS designará a una persona de su grupo familiar.

## **Recertificación**

Le enviaremos un aviso de recertificación mediante correo postal. Si recibe asistencia médica y su formulario de recertificación no le notifica que es necesario realizar una entrevista, simplemente complete el formulario y envíelo al DHS/la ESA. Si recibe asistencia alimentaria (SNAP) o en efectivo (TANF, POWER, GC o IDA), también deberá realizar una entrevista y facilitar las verificaciones solicitadas. Si no lleva a cabo la recertificación, dejará de recibir los beneficios. Además, deberá informarnos en caso de mudanza. Es su responsabilidad mantenernos informados sobre su domicilio actual para que podamos enviarle formularios y avisos importantes sobre sus beneficios. Además, podremos enviarle sus tarjetas de beneficios a esta dirección. Llame al **(202) 727-5355** para informarnos su nueva dirección.

## **Declaración de la Ley de Privacidad para grupos familiares que solicitan SNAP**

La recopilación de esta información, incluido el SSN de cada integrante del grupo familiar, está autorizada por la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, y sus modificaciones, sección 2011-2036 del título 7 del USC. La información se utilizará para determinar si su grupo familiar es elegible o sigue siendo elegible para participar en el SNAP. Verificaremos esta información a través de programas de cotejo electrónico. Esta información también se utilizará para monitorear el cumplimiento de las normas del programa y para la gestión del programa. Esta información se puede divulgar a otras agencias federales y estatales para su análisis oficial y a los agentes del orden público con el fin de detener a las personas que huyen de la ley. Si surge un reclamo del SNAP contra su grupo familiar, la información en esta solicitud, incluidos todos los SSN, puede ser remitida a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobranza de reclamos, para acciones de cobranza de reclamos. No es obligatorio brindar la información solicitada, incluido el SSN de cada integrante del grupo familiar. Sin embargo, se denegarán los beneficios del SNAP a cada persona para la que no se haya indicado un SSN. Todos los SSN proporcionados se utilizarán y divulgarán de la misma manera que los SSN de los integrantes del grupo familiar elegibles.

Si no tiene un SSN o no puede recordarlo, podemos ayudarle a obtener uno. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, comuníquese con el centro de atención telefónica de la ESA al 202-727-5355.

## **Derechos humanos**

Conforme a la Ley de Derechos Humanos de 1977 del DC, y sus reformas, y a la sección 2-1401.01 del Código Oficial del DC y subsecuentes (Ley), el Distrito de Columbia no discrimina por raza, color de piel, religión, nacionalidad, sexo (acoso por razón del sexo o acoso sexual), edad, estado civil, identidad o expresión de género, apariencia personal, orientación sexual, situación familiar, responsabilidades familiares, condición de estudiante, afiliación política, información genética, condición de discapacidad, fuente de ingresos, condición de víctima en violencia intrafamiliar y lugar de residencia o dirección comercial. El acoso sexual es una forma de discriminación sexual y está prohibido por la Ley. Además, el acoso con base en alguna de las categorías protegidas mencionadas está prohibido por la Ley. No se tolerará discriminación alguna que constituya una infracción de la Ley. Los infractores serán sometidos a medidas disciplinarias. LAS QUEJAS SOBRE POSIBLES VIOLACIONES DE ESTA LEY PUEDEN PRESENTARSE ANTE: La Oficina de Derechos Humanos del Gobierno del Distrito de Columbia | 441 4th Street, N.W., 570N Washington, D.C. 20001 | Teléfono: (202) 727-4559 | Fax: (202)727-9589| TTY 711

## Audiencias imparciales

Si cree que el DHS cometió un error, puede solicitar una audiencia imparcial. Comuníquese al (202) 442-9094 para obtener más información. Puede pedirle a otra persona que hable por usted durante una audiencia imparcial. Esta persona puede ser su abogado, un amigo, un familiar o alguien más. También puede presentar testigos. Cubriremos sus gastos de transporte y los de sus testigos hasta el lugar de la audiencia imparcial, así como algunos gastos adicionales en los que pueda incurrir. En la audiencia imparcial también podrá obtener asistencia legal gratuita. Llame a una de las organizaciones que aparecen en la página de Referencias (página 26) para obtener asistencia legal gratuita. Puede solicitar una audiencia imparcial de cualquiera de las siguientes maneras:

- Llame al centro de atención telefónica de la ESA al (202) 727-5355.
- Complete el Formulario de solicitud de audiencia y envíelo por fax al (202) 724-2041 o por correo electrónico a [DC.OARA@DC.GOV](mailto:DC.OARA@DC.GOV).
- Diríjase a cualquier centro de servicios del Departamento de Servicios Humanos y complete el Formulario de solicitud de audiencia.
- Diríjase al Centro de Recursos de la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH, en inglés), en 441 4th Street NW, Suite 450-North, Washington, DC 20001, llame a la OAH al (202) 442-9094 o complete un Formulario de solicitud de audiencia imparcial y envíelo por fax al (202) 442-4789 o por correo electrónico a [oah.filing@dc.gov](mailto:oah.filing@dc.gov).
- (Asistencia médica solamente) Comuníquese con la Oficina de Defensoría del Pueblo y Declaración de Derechos de Atención Médica, en 441 4th Street NW, Suite 250 North, Washington DC 20001, por teléfono al (202) 724-7491 o al 1 (877) 685-6391, por fax confidencial al (202) 478-1397, por correo electrónico a [healthcareombudsman@dc.gov](mailto:healthcareombudsman@dc.gov) o visite su sitio web [www.healthcareombudsman.dc.gov](http://www.healthcareombudsman.dc.gov).

Puede solicitar una audiencia imparcial de emergencia a Medicaid cuando el tiempo estándar asignado para los procesos de audiencias imparciales pueda poner en riesgo tanto la vida o la salud de la persona como la capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima. En cuanto a Medicaid, debe recibir una decisión final sobre su audiencia imparcial dentro de los 90 días, o 7 días hábiles para una audiencia imparcial de emergencia con respecto a la elegibilidad.

## Normas para la asistencia médica

Utilice esta solicitud para pedir asistencia médica. Luego de presentar su solicitud, se le informará la decisión de asistencia médica en un plazo no mayor a 45 días (o 60 días si el DHS debe determinar si usted tiene alguna discapacidad). Si no recibe una respuesta dentro de ese periodo, llame al (202) 727-5355. Si recibe asistencia de Medicaid, debe realizar una recertificación cada año cuando le enviemos el aviso de recertificación. No hay un límite de tiempo para recibir asistencia médica. Asimismo, si pierde la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), todavía puede recibir asistencia médica.

Manutención infantil: Usted acuerda cooperar de manera total con la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD) del DC, a menos que esté exento, para determinar la paternidad y establecer la manutención infantil y asistencia médica como lo indica la ley. Las mujeres embarazadas no están obligadas a cooperar para establecer la paternidad y obtener asistencia médica. Podría perder los beneficios en caso de no cooperar. Si tiene una buena razón para no cooperar con la CSSD, como el temor por su seguridad o la de su familia, no tendrá que hacerlo. Sin embargo, debe solicitar una excepción a la cooperación. Si tiene preguntas, llame al (202) 442-9900.

Recuperación de patrimonio: El Distrito intentará recuperar las facturas que pagamos si se encuentra en un hogar para personas mayores u otra institución médica. Además, si tiene 55 años o más, el Distrito intentará recuperar el monto de los servicios que reciba. Esto significa que podremos poner un gravamen o reclamo sobre su propiedad o patrimonio. Si tiene preguntas, llame al (202) 698-2000.

Demandas: Si demanda o inicia negociaciones para la resolución o conciliación con terceros en relación con una lesión o un reclamo médico, deberá enviar, personalmente o mediante un correo certificado y en un plazo no mayor a 20 días calendario, un aviso de la acción legal por escrito a: Medical Assistance Administration, Third Party Liability Section, 441 4th Street, N.W., Suite 1000-South, Washington, DC 20001. Si tiene preguntas, llame al (202) 698-2000.

Información sobre reembolsos de gastos por cuenta propia: Si pagó recetas de medicamentos, citas médicas u hospitalizaciones durante un periodo en el que era elegible para los servicios de Medicaid, es posible que se le reembolsen esos gastos.

Requisitos: Puede calificar para un reembolso si durante un periodo de tiempo usted o algún integrante de su familia eran elegibles para los servicios de Medicaid, y:

- a. pagó recetas de medicamentos, citas médicas u hospitalizaciones; o
- b. todavía está pagando una factura o una farmacia, una clínica, un médico o un hospital le pide que pague una factura por recetas de medicamentos, citas médicas u hospitalizaciones.

Si considera que tiene derecho a un reembolso, debe solicitarlo dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha en que fue a la farmacia, la clínica, el médico o el hospital, o dentro de los seis (6) meses luego de la fecha en que se enteró que era elegible para Medicaid, lo que sea posterior.

Debe completar y enviar un Formulario de solicitud de reembolso de Medicaid al Departamento de Financiación de Servicios de la Salud (DHCF) del DC. Puede obtener una copia del formulario en cualquier oficina de la ESA o puede descargar una en: <https://dhcf.dc.gov/publication/medicaid-%E2%80%93-reimbursement-form>

Si tiene preguntas o si necesita ayuda para completar este formulario u obtener la información solicitada, comuníquese con:

- a. El equipo de investigación de reclamos de beneficiarios de Medicaid del Departamento de Financiación de Servicios de la Salud (DHCF) al (202) 698-2009.
- b. Terris Pravlik & Millian, LLP, 1816 12th Street, Suite 303, N.W., Washington, DC 20009-4422, (202) 682-2100, que pueden ayudarle a completar el formulario de reembolso de Medicaid.

Se debe tomar una decisión sobre su reclamo de reembolso dentro de los 90 días:

- a. El equipo de investigación de reclamos de beneficiarios de Medicaid debe tomar una decisión sobre su reclamo de reembolso dentro de los 90 días posteriores a la presentación de su reclamo. Si no se toma ninguna decisión dentro de esos 90 días su reclamo se considerará válido y se le pagará dentro de los 15 días posteriores a la finalización del periodo de 90 días.
- b. Si no está conforme con la decisión del equipo de investigación de reclamos de beneficiarios de Medicaid, tiene derecho a una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial llamando a la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) del Distrito de Columbia al (202) 442-9094. La OAH está ubicada en 441 4th Street, N.W. Suite 450 N., Washington, DC 20001-2714.
- c. Si no está conforme con el resultado de la audiencia imparcial, puede apelar ante el Tribunal de Apelaciones del Distrito de Columbia en un plazo de 30 días.

Puede obtener asistencia legal gratuita para presentar su caso en la audiencia imparcial o en la apelación comunicándose con Terris Pravlik & Millian, LLP en 1816 12th Street, Suite 303, N.W., Washington, DC 20009-4422, (202)682-2100.

También puede tener a disposición asistencia legal de estas organizaciones:

Bread for the City Legal Clinic  
1525 Seventh Street, NW  
(202) 265-2400

Bread for the City Legal Clinic  
1640 Good Hope Road, SE  
(202) 561-8587

Neighborhood Legal Services  
1213 Good Hope Road SE  
(202) 678-2000

Legal Aid Society of the District of Columbia  
1331 H St. NW Suite 350  
(202) 628-1161

Legal Aid Society of the District of Columbia  
2041 Martin Luther King Jr. Ave. SE, Suite LL-1  
(202) 628-1161

Legal Aid Society of the District of Columbia Friendship  
Baptist Church,  
900 Delaware Ave., SW  
(202) 628-1161

Legal Counsel for the Elderly  
(para personas de 60 años o más)  
Building A, 4th Floor  
601 E St. NW  
(202) 434-2120

Número del Seguro Social: Para Medicaid, brindar el número del Seguro Social (SSN) de los no solicitantes es optativo. En relación con Medicaid, el SSN de un no solicitante se usaría solo para determinar la elegibilidad de un solicitante o beneficiario para Medicaid u otro programa de asequibilidad del seguro o para un propósito directamente relacionado con la administración del plan estatal de Medicaid.

El DHS cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El DHS no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El DHS:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, mediante:
  - Intérpretes profesionales de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma materno no es el inglés, por ejemplo: intérpretes profesionales O información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Surobhi Rooney. Si cree que el DHS no le ofreció estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Surobhi Rooney, coordinadora de derechos civiles del DHCF, en 441 4th St. NW, Washington, DC, 20001 [surobhi.rooney@dc.gov](mailto:surobhi.rooney@dc.gov). Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Surobhi Rooney está a su disposición. También puede presentar una demanda civil ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del portal de demandas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

O por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. El DHS cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

### **Asistencia Provisional por Discapacidad (IDA)**

Se le informará sobre la decisión de su IDA dentro de los 60 días de haber presentado su solicitud. Los solicitantes de la IDA también deben solicitar la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y brindar un comprobante de la fecha de solicitud de la SSI. Las solicitudes para la IDA se consideran presentadas cuando se reciben en el centro de servicios designado de la ESA y se lleva a cabo una entrevista presencial. Si no recibe una respuesta dentro de los 60 días, tiene derecho a una audiencia imparcial. La aprobación de la IDA depende de la disponibilidad de fondos. Si los fondos están agotados cuando se determina que el beneficiario cumple con todos los requisitos de elegibilidad, se pondrá al beneficiario en una lista de espera y se aprobará cuando los fondos estén disponibles. Asimismo, si considera que el monto de beneficios es incorrecto, también tiene derecho a una audiencia imparcial.

Si obtiene la IDA, debe cooperar con su gestor de caso. Esto significa que deberá:

- Brindar informes médicos y otros documentos.
- Cumplir con sus citas médicas y de la Administración del Seguro Social.
- Cumplir con sus citas con el gestor de caso.
- Asistir a programas de tratamiento, según sea necesario.

Si no sigue estas condiciones, puede perder parte o todos sus beneficios de la IDA. Además, el DHS retirará la cantidad de la IDA que obtuvo de su primer cheque "global" de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI); el DHS le enviará el resto de su primer cheque de la SSI. Los solicitantes de la IDA deben firmar un DHS 340 (autorización para reembolso de asistencia provisional), acordando reembolsar a la ESA el costo de sus pagos de la IDA. El beneficiario de la IDA reembolsará el monto total de los pagos de asistencia recibidos, si los beneficios de la SSI recibidos durante el mismo periodo igualan o superan los pagos de la IDA. Si los beneficios de la SSI son menores que los pagos de la IDA para el mismo periodo en que se recibieron los beneficios de la SSI, el beneficiario reembolsará la parte de los pagos de la IDA que equivalga a la cantidad de beneficios de la SSI. Usted será responsable de la IDA recibida si la SSA le considera como persona discapacitada, pero debe retirar su solicitud de la SSI antes de que se paguen los beneficios atrasados.

### **Declaración conjunta de no discriminación del USDA/HHS**

La institución tiene prohibido discriminar en función de raza, color de piel, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, en inglés) también prohíbe la discriminación en función de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, represalias o venganza por actividades previas sobre derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para acceder a la información del programa (por ejemplo, Braille, letras más grandes, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben contactarse con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios.

Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Asimismo, la información de los programas puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar un reclamo por discriminación en el programa, complete el Formulario de reclamos por discriminación en el programa del USDA (AD-3027), disponible en línea en: <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamos, llame al (866) 632-9992. Envíe su carta o formulario completos al USDA de cualquiera de las siguientes maneras:

1. Por correo postal: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
2. Por fax: (202) 690-7442
3. Por correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Para obtener más información con respecto al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), debe comunicarse con la línea directa del SNAP del USDA al (800) 221-5689, disponible también en español, o llamar a la línea directa/número de información estatal (haga clic en el enlace para obtener los números de las líneas de atención por estado); consulte la lista ingresando en <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>

Para presentar un reclamo por discriminación sobre un programa que recibe ayuda financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (800) 368-1019 (voz).

Esta institución es proveedor de igualdad de oportunidades.

### **TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)**

Tiene derecho a solicitar los beneficios del SNAP al mismo tiempo que solicita la asistencia en efectivo. Como parte del proceso de solicitud, debe completar una orientación y una evaluación, además de desarrollar un plan de autosuficiencia inicial como condición de elegibilidad para los beneficios de TANF. Este requisito no le corresponde si es beneficiario de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o si

tiene a su cuidado un menor que no es su hijo(a) y su solicitud es únicamente para ese menor. Para programar una cita para una evaluación, llame al Centro de Recursos Familiares de la Oficina de Oportunidades Laborales (OWO) del DHS al (202) 698-1860. Se le informará la decisión de su TANF dentro de los 45 días. Si no recibe una respuesta dentro de los 45 días, tiene derecho a una audiencia imparcial. También tiene derecho a una audiencia imparcial si considera que el monto del beneficio es incorrecto.

Es su responsabilidad informar la ausencia de cualquier menor de la casa, si se espera que la ausencia exceda los noventa (90) días. Si un menor está ausente o se espera que esté ausente del hogar por más de noventa (90) días sin una causa justificada como se define en la sección 5802.2 del título 29 de las DCMR, el menor no será elegible para recibir los beneficios de TANF. Si no informa

que un menor está ausente, o se espera que esté ausente, por más de noventa (90) días dentro de los cinco días de haber tenido conocimiento, las necesidades del padre, la madre o familiar a cargo serán excluidas del beneficio de TANF por un periodo de tres (3) meses, después de que se haya notificado de manera adecuada y oportuna. Si se demora en informar la ausencia de un menor, o que se espera que se ausente por más de noventa (90), las necesidades del padre, la madre o familiar a cargo se excluirán del beneficio de TANF durante un (1) mes, a partir del mes siguiente a la ausencia de el niño del hogar.

**Programa de Empleo y Responsabilidad de Trabajo (POWER):** Puede presentar una solicitud para obtener una transferencia temporal a POWER en cualquier momento si califica para recibir los beneficios de TANF pero no puede trabajar. Puede presentar una solicitud para POWER al informarnos que padece una afección física o mental que le impide trabajar. También puede calificar para recibir POWER si:

- Es una persona adolescente menor de 19 años con hijos o que espera un hijo inscrita en la escuela
- Debe cuidar a una persona con una discapacidad física o mental en su casa
- Tiene 60 años o más
- Es víctima de violencia doméstica

**Pagos por participación al tener TANF:** Cuando participa con sus proveedores de TANF, es elegible para estipendios y bonificaciones. Como resultado, usted y su familia obtienen más dinero.

**Sanciones:** Si no sigue los requisitos de su trabajo o su plan, se reducirán sus beneficios de TANF, a menos que tenga una causa justificada. Esto se denomina sanción laboral. Queremos que se esfuerce para alcanzar el éxito en beneficio suyo y de sus hijos. El DHS ofrece servicios para ayudarle a prepararse para obtener un trabajo, solucionar problemas que le impidan prosperar en su trabajo, y conseguir un trabajo mejor. Le avisaremos con anticipación si es que recibirá una sanción.

**EBT (Transferencia Electrónica de Beneficios):** Su tarjeta EBT es la que usa para acceder a sus beneficios de TANF. Está prohibido utilizar su tarjeta EBT en licorerías, casinos o clubes nudistas. Si utiliza su tarjeta en alguno de estos lugares, se bloqueará la transacción. El DHS supervisa el uso de la tarjeta en estos lugares. Si no informa al DHS que usó su tarjeta EBT con beneficios de TANF en uno de estos lugares prohibidos se considerará que ocultó información en incumplimiento de las disposiciones de fraude de asistencia pública que se encuentran en la sección 4-218.01(c) del Código Oficial del DC (<http://www.lexisnexis.com/hottopics/dccode/>). El

Distrito puede imponer sanciones de conformidad con el código anterior. Si usa la tarjeta en lugares prohibidos, sus necesidades se eliminarán del beneficio de TANF de su familia y es posible que obtenga una descalificación permanentemente del programa.

**Violencia doméstica:** Tiene derecho a solicitar, en cualquier momento, una exención por causa justificada de violencia doméstica de los requisitos de trabajo de TANF y los requisitos de cooperación con la manutención infantil de TANF. El DHS deriva a las víctimas de violencia doméstica a

los servicios apropiados. La divulgación de violencia doméstica es voluntaria y no afectará ni retrasará la capacidad de recibir ayuda. La información divulgada será confidencial; sin embargo, aquella información sobre maltrato infantil, abandono de niños o maltrato de ancianos se debe reportar a los Servicios de Protección Infantil o la División de Servicios de Protección para Adultos (APS, en inglés) del Distrito.

### **Elegibilidad para POWER**

Una unidad de asistencia será elegible para POWER en las siguientes circunstancias:

- la persona a cargo de la unidad de asistencia es el padre o la madre de un menor de edad;
- la persona a cargo de la unidad de asistencia tiene una discapacidad física o mental; y
- la discapacidad física o mental de la persona a cargo de la unidad de asistencia se verifica mediante evidencia médica competente y, al considerarse junto con la edad, experiencia laboral anterior, educación y otros factores de la persona a cargo de la unidad de asistencia que inciden en su capacidad laboral, según lo determine pertinente la ESA:
  - impide considerablemente la capacidad del jefe de la unidad de asistencia para trabajar o participar en la búsqueda de empleo o en las actividades de preparación laboral; y
  - se espera que dure más de 30 días.

Además de las circunstancias anteriores, la unidad de asistencia será elegible para POWER si la persona a cargo de la unidad de asistencia es el padre o la madre de un menor y:

- es necesario que esté en el hogar, debido a una necesidad médica, para cuidar a un integrante del grupo familiar con una discapacidad física o mental; o
- el Departamento ha determinado que es una víctima de violencia doméstica que recibe asesoramiento o servicios de apoyo relevantes y ha recibido una evaluación de violencia doméstica por parte del Departamento, o la persona designada por el Departamento, que derivó en una recomendación de que se prescinda del requisito de trabajo o cooperación para la manutención infantil; o
- Es una persona adolescente con hijos o que espera un hijo y:

- el Departamento ha certificado que está exenta de los requisitos de vivienda;
- está inscrita en la escuela secundaria o en un programa de Diploma de Equivalencia General (GED, en inglés); y
- cumple sus requisitos laborales de conformidad con su Plan de responsabilidad individual (IRP) de TANF o cualquier plan equivalente desarrollado durante su participación en POWER.

Una persona no es elegible para POWER si recibe:

- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF);
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI); o
- beneficios de indemnización por desempleo.

### **Derechos de manutención infantil (TANF)**

Todos los pagos de manutención infantil se cobrarán y desembolsarán a través de la CSSD. Usted cede sus derechos de manutención hasta la subvención de TANF y puede recibir los primeros \$150.00 de una obligación de manutención infantil mensual actual o un pago voluntario de manutención infantil de un padre, una madre o cónyuge ausente y cualquier monto por encima de la subvención de TANF. Si recibe un pago por error, comuníquese con la CSSD de inmediato. Si recibe un pago por error y no lo devuelve, es posible que se le obligue a realizar el reembolso a la CSSD. Si no está de acuerdo con estas condiciones, no podrá obtener TANF. Una vez que haya dejado de recibir TANF, podrá conservar los pagos de manutención infantil actuales. Al usar el beneficio de TANF nos indica que está de acuerdo con estas condiciones.

### **SNAP (asistencia alimentaria)**

Debe presentar las solicitudes del SNAP enviando los formularios a un centro de servicios del DHS en persona, a través de un representante autorizado, en línea o por correo. Tiene derecho a solicitar o volver a solicitar SNAP por escrito. Tiene derecho a presentar un formulario de solicitud para el SNAP el mismo día que se comunica con un centro de servicios del DHS durante el horario de oficina. No es necesario que le hagan una entrevista antes de presentar la solicitud y puede presentar un formulario de solicitud incompleto siempre que contenga

el nombre y la dirección del solicitante, además de la firma de un integrante del grupo familiar responsable o el representante autorizado del grupo familiar.

La fecha de solicitud es la fecha en que el DHS recibe la solicitud en cualquiera de nuestros centros de servicios. Si la solicitud se recibe fuera del horario laboral normal, la fecha de la solicitud será el siguiente día hábil. Si el solicitante

reside en una institución que solicita SSI y SNAP de manera conjunta antes de dejar la institución, la fecha de presentación es la fecha de salida de la institución. Si el formulario no está firmado no se puede establecer una fecha de solicitud y la fecha límite para procesar la solicitud no comienza a correr. Tiene derecho a firmar una solicitud del SNAP por escrito. Se aceptarán firmas no escritas cuando sea necesario para cumplir con las leyes de derechos civiles.

El DHS debe ofrecerle una copia de la solicitud completa, que puede ser en formato electrónico. Puede presentar una solicitud para el SNAP por separado de otros beneficios. Si solicita tanto asistencia del SNAP como en efectivo y se aprueban primero sus beneficios del SNAP, estos últimos se pueden reducir, suspender o cancelar cuando reciba asistencia en efectivo. El DHS no tiene la obligación de enviarle un aviso de acción adversa en estas circunstancias. Si es elegible recibirá SNAP acelerado dentro de los siete (7) días. Luego de presentar su solicitud recibirá una decisión sobre su SNAP en un plazo de 30 días. El tiempo que el DHS tiene para entregar los beneficios se calcula a partir de la fecha de la solicitud. Si no recibe un aviso dentro de este periodo, puede obtener una audiencia imparcial. Asimismo, si considera que el monto de beneficios es incorrecto, también tiene derecho a una audiencia imparcial. Debe tener una entrevista con el DHS para obtener SNAP. Si necesita hacer una entrevista por teléfono, comuníquese a su trabajador del caso. Si deja su solicitud, la envía por correo o por fax, el DHS intentará hacerle la entrevista por teléfono. El DHS debe conceder una entrevista presencial a cualquier grupo familiar que la solicite. La entrevista la puede realizar el jefe del grupo familiar, el cónyuge, cualquier otro integrante del grupo familiar responsable o un representante autorizado. Las desventajas y requisitos

de solicitar asistencia en efectivo no aplican para los beneficios del SNAP. Recibir los beneficios del SNAP no influirá en los límites de tiempo de ningún otro programa que puedan aplicar para su grupo familiar. Le recomendamos que presente un formulario de solicitud para el SNAP

enseguida. Incluso si deja de recibir asistencia en efectivo, es posible que aún califique para los beneficios del SNAP. Puede retirar voluntariamente su solicitud en cualquier momento antes de la determinación de elegibilidad. Tiene derecho a volver a presentar una solicitud en cualquier momento después de retirar su solicitud. Los beneficios del SNAP se otorgan por un periodo de tiempo específico llamado periodo de certificación. Debe recertificar sus beneficios del SNAP antes de que finalice su periodo de certificación, o sus beneficios del SNAP vencerán. Nota: Algunos beneficiarios mayores o con discapacidad solo deben realizar una recertificación cada dos años. Sin embargo, no hay límite de tiempo para recibir SNAP a menos que usted sea un Adulto Físicamente Capaz sin Dependientes (ABAWD, en inglés) (consulte la declaración escrita de los derechos y responsabilidades de registro laboral del SNAP) no exento durante un periodo de tiempo en que no se exima el límite de tiempo de ABAWD para el Distrito. De hecho, incluso si deja de recibir

TANF, aún puede recibir SNAP. **Verificaremos la información que indique en su solicitud del SNAP con agentes federales,**

estatales,

**y locales para averiguar si es verdadera. Si cualquier dato que nos brinda no es verdadero, podemos denegar su solicitud del SNAP y es posible que se lleven a cabo acciones penales en su contra por proporcionar información incorrecta a sabiendas.** Si recibe SNAP, debe cumplir estas normas.

- No mentir ni ocultar información para obtener SNAP.
- No intercambiar ni vender su SNAP.
- No usar el SNAP de otra persona.
- No comprar alcohol o tabaco con SNAP.

Si infringe las normas de manera intencional, podría recibir una multa e ir a prisión por hasta 20 años. Es posible que también pierda sus beneficios por un año ante la primera infracción, dos años ante la segunda infracción y de manera permanente ante la tercera infracción. Si miente acerca de vivir en el Distrito o en relación con su identidad, no podrá recibir SNAP durante diez años. Si vende o intercambia su SNAP para cualquier propósito (por ejemplo, para obtener drogas, armas de fuego, municiones o explosivos) o trafica \$500 o más en beneficios, puede perder sus beneficios durante 2 años en la primera infracción y de manera permanente en la segunda infracción, si recibe una condena de un tribunal de justicia.

A los solicitantes que no sean ciudadanos de los EE. UU. se les dará una oportunidad razonable para presentar documentación aceptable de su condición de extranjero elegible. Si no desea que el DHS se comunique con los USCIS para verificar la condición migratoria de cualquier integrante del grupo familiar, tiene la opción de retirar la solicitud o elegir participar en el SNAP sin ese integrante del grupo familiar. Debe cooperar con el DHS para completar el proceso de solicitud, incluida la entrevista y la verificación de cierta información en la solicitud. Si se niega a cooperar, la solicitud será denegada. También debe cooperar en cualquier revisión posterior de su elegibilidad por parte de un revisor de control de calidad. Se determinará que no es elegible si se niega a cooperar. Debe informarnos ciertos cambios en las circunstancias. Le brindaremos un aviso con más información sobre cómo informarnos

los cambios. Todo Adulto Físicamente Capaz sin Dependientes (ABAWD) no exento debe informarnos cuando sus horas de trabajo se reducen por debajo de las veinte (20) horas semanales promediadas durante el mes. Si recibe ganancias sustanciales de lotería o juegos de azar (en un monto igual o mayor que el límite actual de recursos del grupo familiar de la persona mayor o con discapacidad del SNAP en un solo juego), nos lo debe informar y es posible que pierda de inmediato la elegibilidad para el SNAP. Los grupos familiares sin hogar que no reciben refugio gratuito durante el mes pueden elegir entre usar una deducción estándar de refugio para personas sin hogar o una deducción de refugio en exceso, que se calcula al comparar los gastos de refugio y servicios públicos con la mitad de los ingresos netos después de otras deducciones al calcular el monto de su beneficio del SNAP.

Derechos y responsabilidades de la persona registrada para trabajar en el SNAP

Como condición de la elegibilidad para los beneficios del SNAP, cada integrante del grupo familiar no exento es responsable de cumplir los siguientes requisitos laborales del SNAP:

- Registrarse para trabajar o estar registrado por el DHS en el momento de la solicitud y cada 12 meses después del registro inicial.
- Participar en un programa de capacitación y empleo de (E&T, en inglés) del SNAP si el DHS se lo asigna, en la medida en que este último lo exija. Actualmente, el DHS establece que la participación en los programas de E&T es voluntaria.
- Participar en un programa de trabajo para desempleados, si el DHS se lo asigna.
- Facilitar al DHS o su designado información suficiente sobre su situación laboral o disponibilidad para trabajar.
- Informar a un empleador si el DHS o su designado lo remite para un empleo adecuado.
- Aceptar una oferta de empleo adecuado de buena fe en un sitio o planta que no esté sujeto a una huelga o cierre forzoso, con un salario igual al más alto del salario mínimo estatal o federal o el 80 por ciento del salario que habría regido si hubiera correspondido la tarifa mínima por hora de conformidad con la sección 6(a)(1) de la Ley de Normas Justas de Trabajo para la oferta de empleo.
- No renunciar voluntariamente y sin una causa justificada a un trabajo de 30 o más horas a la semana ni reducir el esfuerzo laboral a menos de 30 horas a la semana.

- Las siguientes personas tienen derecho a una exención de los requisitos laborales del SNAP:
  - Una persona menor de 16 años o una persona de 60 años o más.
  - Una persona de 16 o 17 años que no es jefe del grupo familiar o asiste a la escuela, o está inscrita en un programa de capacitación laboral, al menos a medio tiempo.
  - Una con una discapacidad física o mental que le impida trabajar.
  - Una persona sujeta a requisitos laborales de TANF y que cumple los mismos.
  - Un padre, una madre u otro integrante del grupo familiar responsable del cuidado de un menor de 6 años dependiente o una persona con discapacidad.
  - Una persona que recibe indemnización por desempleo. Una persona que ha solicitado, pero aún no recibe, indemnización por desempleo, también está exenta si cumple los requisitos laborales que son parte del proceso de solicitud de indemnización por desempleo estatal federal.
  - Una persona que participa de manera habitual en un programa de rehabilitación y tratamiento por adicción a las drogas o al alcohol.
  - Un empleado o trabajador por cuenta propia que trabaja un mínimo de 30 horas semanales o gana un salario semanal al menos equivalente al salario mínimo federal multiplicado por 30 horas. Esto incluye a los trabajadores agrícolas migrantes y de temporada que tienen un contrato o acuerdo similar con un empleador o jefe de cuadrilla para comenzar a trabajar dentro de los 30 días. Un empleado o trabajador por cuenta propia que, de manera voluntaria y sin una causa justificada, reduce su esfuerzo laboral y, después de la reducción, trabaja menos de 30 horas por semana, no es elegible para participar en el SNAP.
  - Un estudiante inscrito al menos medio tiempo en cualquier escuela, programa de capacitación o institución de educación superior reconocida. Los estudiantes inscritos al menos medio tiempo en una institución de educación superior deben cumplir los requisitos de elegibilidad de estudiantes para el SNAP. Un estudiante permanecerá exento durante los periodos normales de asistencia a clases, vacaciones y descanso.

Cualquier persona no exenta que se niegue a cumplir, o no cumpla sin una causa justificada, los requisitos laborales del SNAP no es elegible para participar en el SNAP y se considerará un integrante del grupo familiar no elegible. Se impondrán los siguientes periodos de descalificación:

- Ante la primera circunstancia de incumplimiento, la persona será descalificada hasta después de lo que ocurra más tarde:
  - la fecha en que la persona cumpla;
  - un mes; o
  - hasta tres meses.
- Ante la segunda circunstancia, hasta después de la que ocurra más tarde:
  - la fecha en que la persona cumpla;
  - tres meses; o
  - hasta seis meses.
- Ante la tercera circunstancia o posterior, hasta después de lo que ocurra más tarde:
  - la fecha en que la persona cumpla;
  - seis meses;
  - una fecha determinada por el DHS; o
  - de manera permanente.

El DHS también puede descalificar a todo el grupo familiar. Tiene derecho a que el DHS le explique los requisitos laborales, los derechos y responsabilidades de los integrantes del grupo familiar registrados para trabajar y las consecuencias del incumplimiento. Tiene derecho a que el DHS le brinde una declaración escrita de lo anterior a cada persona del grupo familiar que esté registrada para trabajar.