

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

Si no entrega este formulario, su Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o los beneficios de Asistencia en Efectivo finalizarán.

Necesitamos la información que se solicita en este formulario para ver si sigue siendo elegible y calcular el monto de sus beneficios mensuales de SNAP o Asistencia en Efectivo. Debe informar todo cambio que le solicitemos en el formulario adjunto que se haya producido desde la última vez que completó una solicitud o una recertificación con nosotros.

Cuando responda las preguntas, debe brindar información de todas las personas de su grupo familiar de beneficios. Esto incluye a los padres o cónyuges que viven con usted, pero que no están incluidos en su caso debido a su condición migratoria. También incluye la información de los patrocinadores de extranjeros, incluso si el patrocinador no vive en su hogar.

Puede usar una hoja aparte para explicar cualquiera de sus respuestas o para dar más información. Todas esas hojas se deberán enviar junto con este formulario.

Puede completar este formulario y brindar los documentos de verificación sin presentarse en un Centro de Servicios del Departamento de Servicios Humanos (DHS, en inglés) del Distrito de Columbia de una de las siguientes maneras:

- **Correo postal:** complete y firme el formulario, y envíenoslo por correo junto con copias de cualquier prueba para verificar sus cambios a:
Departamento de Servicios Humanos del DC
Case Record Management Unit
P.O. Box 91560
Washington, DC 20090
- **Fax:** a la Administración de Seguridad Económica (ESA) del DHS al **(202) 671-4400**.

También puede completar y firmar el formulario, y entregarlo junto con copias de cualquier prueba para verificar sus cambios en uno de nuestros tres centros de servicios abiertos:

Anacostia 2100 Martin Luther King Jr. Avenue, SE
Centro de Servicios Congress Heights en 4049 South Capitol Street, SW
Centro de Servicios H Street en 645 H Street NE

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO LLAME AL: (202) 727-5355 TTY/TDD: 711 (855) 532-5465.

Su información

Nombre completo:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Número de teléfono:	Su número de caso (si lo conoce):
------------------	--------------------------------------	---------------------	-----------------------------------

Pregunta N.º 1: Cambios en los ingresos percibidos

¿Cambió el ingreso de alguien en más de \$100 por mes debido a que comenzó a trabajar, dejó de trabajar o cambió de trabajo desde la fecha de su última solicitud/recertificación?	☐ Sí ☐ No
¿Su grupo familiar tuvo un cambio correspondiente a más de \$100 por mes en el monto de ingresos desde la fecha de su última solicitud/recertificación?	☐ Sí ☐ No
<i>En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas, ingrese el monto de los salarios de los últimos 30 días en los recuadros a continuación <u>Y</u> adjunte los comprobantes.</i>	

Quién	Empleador	Fecha de inicio (si empezó a trabajar o cambió de trabajo)	Fecha de finalización (si se dio fin al trabajo)	Fecha de pago	Monto	Fecha de pago	Monto	Fecha de pago	Monto	Fecha de pago	Monto
					\$		\$		\$		\$
					\$		\$		\$		\$

Pregunta N.º 2: Cambios en los ingresos no salariales

¿Su grupo familiar tuvo un cambio de más de \$100 por mes en el monto de ingresos desde la fecha de su última solicitud/recertificación? Los tipos de ingresos no salariales incluyen: Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés), beneficios de veteranos, indemnización por desempleo, subsidio por adopción/acogida temporal, pensión alimenticia, etcétera.	☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, complete el recuadro a continuación <u>Y</u> adjunte los comprobantes.															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><th style="width: 25%;">Quién</th><th style="width: 25%;">Monto</th><th style="width: 25%;">Fecha</th><th style="width: 25%;">¿Con qué frecuencia?</th><th style="width: 20%;">Tipo</th></tr><tr><td></td><td>\$</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>\$</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Quién	Monto	Fecha	¿Con qué frecuencia?	Tipo		\$					\$				
Quién	Monto	Fecha	¿Con qué frecuencia?	Tipo												
	\$															
	\$															

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

Pregunta N.º 3: Cambios en los integrantes del grupo familiar

¿Ha habido algún cambio de integrantes de su grupo familiar desde la fecha de su última solicitud/recertificación? <i>Esto podría incluir a personas que se mudaron del hogar o al hogar, nacimientos, fallecimientos, etc.</i>						☐ Sí ☐ No En caso afirmativo , complete el recuadro a continuación		
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	SSN	Relación (hijo, tía, etc.)	¿Comen juntos?	¿Ciudadano(a) estadounidense?	¿Cuándo ingresaron o se fueron?
						☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Mes: Año:
						☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Mes: Año:
						☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Mes: Año:

Pregunta N.º 4: Cambios en el pago de manutención infantil

¿Alguien ha tenido un cambio en la obligación legal de pagar la manutención infantil por orden judicial a alguna persona que no vive en el grupo familiar desde la fecha de su última solicitud/recertificación?				☐ Sí ☐ No En caso afirmativo , complete el recuadro a continuación <u>Y</u> adjunte los comprobantes.
¿Quién pagó?	¿Para qué niño(a)?	Monto mensual de obligación legal	Monto mensual efectivamente pagado	

Pregunta N.º 5: Cambios en los gastos de domicilio y alojamiento

¿Se mudó o cambió de domicilio, lo que provocó un cambio en los costos de refugio desde la fecha de la última solicitud/recertificación?						☐ Sí ☐ No En caso afirmativo , complete esta sección <u>Y</u> adjunte los comprobantes de los gastos actuales de alojamiento, como alquiler, impuestos, servicios públicos	
Nueva dirección: _____ Calle Apto. # Ciudad Estado Código postal							
Alquiler o hipoteca mensual actual: \$				Impuestos de propiedad mensual actuales: \$			
Seguro de propietario mensual actual: \$				Cuotas de condominio/HOA mensual actuales: \$			
Marque todo lo que esté a su cargo actualmente: ☐ Electricidad ☐ Gas ☐ Combustible ☐ Agua ☐ Teléfono (incluido el celular) ☐ Otros:							

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

Pregunta N.º 6

Si en su grupo familiar hay un integrante mayor de 60 años o con alguna discapacidad, responda la siguiente pregunta:

¿Alguien tuvo cambios en los recursos, tales como efectivo, cuentas bancarias, acciones, bonos, anualidades, etc. desde la fecha de su última solicitud/recertificación?

☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, adjunte los comprobantes.

Pregunta N.º 7: solo beneficiarios de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)/Asistencia en Efectivo

En su caso, ¿hay algún niño cuyo padre o madre no viva en el hogar?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **afirmativa**, complete a continuación.

Como condición de elegibilidad para algunos tipos de asistencia en efectivo, debe informar al DHS si el padre o la madre de alguno de los niños para los que solicita los beneficios no vive en el hogar. Si no desea proporcionar los detalles de dicho padre o madre, consulte el acuerdo de TANF adjunto a este formulario para obtener una lista de los motivos por los que podría estar exento de hacerlo.

- ☐ Marque aquí si cree que puede estar exento de proporcionar información sobre el padre sin custodia.
- ☐ Preferiría hablar con mi trabajador del DHS o de manutención infantil.

Juro o declaro solemnemente bajo pena de perjurio por hacer una declaración falsa que he leído la Pregunta 7 (esta pregunta), y que las declaraciones factuales hechas en este con respecto a la ascendencia y paternidad son verdaderas según mi mejor saber y entender. Entiendo y acepto que, si recibo Asistencia en Efectivo, la Oficina del Fiscal General de la División de Servicios de Manutención de los Hijos (CSSD, en inglés) del Distrito de Columbia cobrará y desembolsará todos los pagos de manutención de los hijos. Entiendo que estoy cediendo mis derechos de manutención mientras recibo la Asistencia en Efectivo. Cedo la manutención hasta el monto que recibo de estos programas. Si estoy recibiendo Asistencia en Efectivo, es posible que reciba otros pagos de manutención infantil que excedan la subvención de asistencia en efectivo. Si recibo un pago por error, me pondré en contacto con CSSD. Entiendo que, por ley, cualquier pago recibido por error se devolverá a CSSD o me obligarán a pagar a CSSD. Entiendo que puede haber razones por las que no quiera la manutención infantil; sin embargo, es importante cooperar con CSSD. Por lo tanto, me pondré en contacto con mi asistente social de CSSD de inmediato, si tengo alguna inquietud.

Firme aquí:

Fecha:

Firma del beneficiario/a o del representante autorizado

Complete la información **a continuación** sobre los padres ausentes **solo si está presentando una recertificación para recibir Asistencia en Efectivo para un niño.**

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

Hijo Uno

Nombre completo del hijo:		Fecha de nacimiento del niño:	
Ciudad y estado donde se concibió el niño:			
<i>Cuéntenos sobre el supuesto padre o madre sin custodia/ausente (proporcione toda la información que tenga):</i>			
Nombre completo del padre:		Apodo (si tiene):	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento (ciudad, estado):		SSN:
Raza:		Teléfono:	
Último empleador conocido:		Fechas de empleo:	
¿Se ha establecido la paternidad? ☐ Sí ☐ No			
Tribunal/Distrito de la audiencia de manutención infantil:		Ciudad:	Estado:
Fecha en que se ordenó:	Cantidad ordenada:	Fecha de la última vez que recibió dinero del padre sin custodia:	

Hijo Dos

Nombre completo del hijo:		Fecha de nacimiento del niño:	
Ciudad y estado donde se concibió el niño:			
<i>Cuéntenos sobre el supuesto padre o madre sin custodia (proporcione toda la información que tenga):</i>			
Nombre completo del padre:		Apodo (si tiene):	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento (ciudad, estado):		SSN:
Raza:		Teléfono:	
Último empleador conocido:		Fechas de empleo:	
¿Se ha establecido la paternidad? ☐ Sí ☐ No			
Tribunal/Distrito de la audiencia de manutención infantil:		Ciudad:	Estado:
Fecha en que se ordenó:	Cantidad ordenada:	Fecha de la última vez que recibió dinero del padre sin custodia:	

Si tiene más de 2 hijos con padres sin custodia/ausentes, indique su información en otra hoja.

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

CERTIFICACIÓN (SNAP y Asistencia en Efectivo):

Creo que toda mi información en este formulario es correcta. He informado todos mis cambios en este formulario. Sé que si doy información falsa, podría estar infringiendo la ley. Sé que debido a los cambios que informé en este formulario:

1. *se pueden reducir mis beneficios de SNAP (Cupones de Alimentos) o Asistencia en Efectivo; o*
2. *se pueden suspender mis beneficios de SNAP (Cupones de Alimentos) o Asistencia en Efectivo.*

Al firmar a continuación, doy mi permiso al DHS para obtener información sobre mí. El DHS puede obtener esta información de mi empleador, arrendador, banco y compañía de servicios públicos. Doy mi permiso a todas estas personas para dar información sobre mí al DHS. He revisado la información de este formulario y creo que todos los datos que figuran en él son verdaderos y correctos, incluida la información relativa a la ciudadanía y la condición de extranjero de todos los integrantes de mi grupo familiar. Sé que si brindo información falsa, podría estar violando la ley y correr el riesgo de un juicio penal y sanciones. Sé que los funcionarios estatales y federales verificarán esta información. Acepto ayudar con sus investigaciones.

FIRMA: X _____ FECHA: ____/____/____ Número de teléfono durante el día: ()

Representante autorizado FIRMA X _____ FECHA: ____/____/____ Número de teléfono durante el día: ()

Si está presentando una recertificación para **TANF**, debe leer y firmar la **siguiente** información en **Solo para TANF**.

Solo para TANF

Acuerdo de TANF (solo beneficiarios que reciben Asistencia en Efectivo)

Lea y firme si está presentando una recertificación de TANF

Cooperación de manutención infantil TANF

Usted está legalmente obligado a cooperar para establecer la paternidad y obtener apoyo financiero y médico como condición para ser elegible para recibir asistencia, en ausencia de una determinación de causa suficiente. Puede reclamar "causa suficiente" en cualquier momento. Tiene derecho a estar exento del requisito de cooperación con el establecimiento de la paternidad y manutención infantil si proporciona pruebas sustanciales de "causa suficiente", la cual 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 manutención infantil podría resultar en una sanción del 25% en su subsidio TANF. La cooperación proporciona el beneficio potencial a su hijo de la concesión de apoyo financiero o médico, y la falta de cooperación sin la determinación de causa suficiente puede causar sanciones financieras en su subsidio TANF. La CSSD proporcionará asistencia razonable para obtener pruebas de causa suficiente.

Se determinará que existe causa suficiente si se anticipa razonablemente que los esfuerzos de cooperación causarán daños físicos, sexuales o emocionales al menor, con respecto a quien se solicita la asistencia; el solicitante o beneficiario; un miembro de la unidad familiar del solicitante o beneficiario; o un miembro de la familia inmediata del solicitante o beneficiario, o si la CSSD identifica

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

circunstancias que harían que la cooperación, o las acciones resultantes directamente de la cooperación, perjudicarían al menor con respecto a quien se solicita asistencia, incluidos, entre otros, uno (1) de lo siguiente:

1. El menor fue concebido como resultado de incesto o agresión sexual (no es necesaria una condena por incesto o agresión sexual para que se aplique este subpárrafo).
2. Los procedimientos legales para la adopción del menor están pendientes ante un tribunal de jurisdicción competente.
3. En este momento, el solicitante o beneficiario recibe asistencia de una agencia social pública o privada con licencia para resolver el problema de si retener al menor o entregarlo para su adopción.

Basándose en las pruebas suministradas comprobadas y cualquier investigación necesaria, la CSSD determinará si la cooperación no sería lo mejor para el menor con respecto a quien se solicita la asistencia, identificará los motivos de su determinación y proporcionará la determinación y las razones al solicitante o beneficiario por escrito. 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 suficiente para la falta de cooperación y el solicitante o el beneficiario elige no cooperar. El personal de la CSSD puede revisar los hallazgos del personal, así como la base para la determinación de causa suficiente, y puede participar en cualquier audiencia que implique causa suficiente de falta de cooperación. El personal de la CSSD no intentará establecer la paternidad, cobrar la manutención infantil, recopilar información de terceros ni perseguir a terceros responsables de los servicios médicos, en aquellos casos en los que esté pendiente o haya sido otorgado un reclamo de causa justificada. La CSSD y ESA harán todos los esfuerzos razonables para garantizar que el paradero de usted o su hijo se mantenga confidencial, y tomarán otras medidas necesarias para protegerlos de daños si: está pendiente o ha sido otorgado un reclamo de causa justificada; se ha registrado una orden de protección civil o temporal con respecto a usted o su hijo; o si la CSSD tiene motivos para creer que la divulgación de la información podría causarles daños a usted o su hijo; y que los beneficios de TANF no serán denegados, retrasados, reducidos o discontinuados en espera del resultado de un reclamo de causa suficiente en el que el solicitante o el beneficiario hayan hecho un esfuerzo de buena fe para justificar su reclamo.

Incumplimiento de TANF para cumplir con el requisito de vivir en el hogar: adolescentes embarazadas o con hijos

Como adolescente embarazada o con hijos, debe cooperar con los requisitos de elegibilidad, los derechos, las responsabilidades y las exenciones de los requisitos de vivir en el hogar. Una solicitante o beneficiaria de los beneficios de TANF que sea una adolescente embarazada o con hijos y que nunca se haya casado será elegible para los beneficios de TANF solo si la adolescente y el hijo de la adolescente residen en una residencia mantenida por el padre o tutor legal de la adolescente embarazada o con hijos, o otro pariente adulto de la adolescente embarazada o con hijos que es el hogar del padre, tutor o pariente adulto, según lo determine el Alcalde, a menos que:

1. La adolescente embarazada o con hijos no tenga al padre, tutor legal u otro pariente adulto apropiado vivos;
 - a. Ningún padre, tutor legal u otro pariente adulto apropiado que de otro modo podría calificar para actuar como el tutor legal de la adolescente embarazada o con hijos permite que la adolescente embarazada o con hijos viva en su hogar;
 - b. El Departamento determina, después de una investigación de acuerdo con las regulaciones emitidas por el Alcalde, que la salud o seguridad física o emocional de la solicitante, beneficiaria o hijo dependiente se vería en peligro si residiera en la misma residencia con el padre, tutor legal de la adolescente u otro pariente adulto; o
 - c. El Departamento determina, de acuerdo con las regulaciones emitidas por el Alcalde, que las circunstancias justifican una determinación de causa suficiente para que la solicitante o beneficiaria y el hijo dependiente reciban asistencia mientras vivan separados del padre, tutor u otro pariente adulto de la adolescente embarazada o con hijos (con los estándares establecidos en los reglamentos, incluida la consideración del mejor interés para el hijo dependiente).
 - d. Las investigaciones serán realizadas por trabajadores sociales con licencia. También se pueden utilizar otros profesionales capacitados, como médicos, enfermeras o fisiólogos, que el Departamento considere necesarios para tomar buenas decisiones de salud y seguridad.
 - e. Cuando se requiere que una adolescente embarazada o con hijos y el hijo dependiente de la solicitante o beneficiaria vivan con los padres, tutores legales u otro pariente adulto de la adolescente embarazada o con hijos, o en un entorno descrito en la subsección (1)(e)(i) de esta sección, entonces TANF puede pagarse en forma de un pago de protección.
 - i. Si la adolescente embarazada o con hijos está exenta del requisito de vivir en el hogar, el Departamento proporcionará ayuda a la adolescente embarazada o con hijos a encontrar un hogar de segunda oportunidad, una casa de maternidad u otro arreglo de convivencia de apoyo supervisada por un adulto apropiado, a menos que el Departamento determine que el arreglo de convivencia actual de la adolescente embarazada o con hijos es apropiado. El Departamento tendrá en cuenta las necesidades y preocupaciones de la adolescente embarazada o con hijos y de sus hijos en la prestación de ayuda para la localización de un arreglo de convivencia para la adolescente embarazada o con hijos. El Departamento determinará entonces el arreglo de convivencia adecuado para la adolescente embarazada o con hijos, y exigirá que esta y sus hijos dependientes vivan en ese arreglo de convivencia como condición para continuar recibiendo beneficios de TANF. Si el Departamento determina que las circunstancias

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN**

de la adolescente embarazada o con hijos han cambiado y la situación actual deja de ser apropiada, la adolescente embarazada o con hijos puede vivir en una situación alternativa apropiada y continuar recibiendo los beneficios de TANF.

Verificación de TANF y POWER de causa suficiente

Una verificación de Causa Suficiente por no asistir a las actividades iniciales de orientación, asesoramiento o evaluación, o por no participar o completar otras actividades de preparación para el trabajo o búsqueda de empleo, o por no participar en las actividades laborales según lo indique la ESA, incluirá uno (1) o más de lo siguiente

- a) Una enfermedad física o mental o afección médica verificada, si es necesario, del solicitante, de un miembro de la unidad familiar del solicitante o de su familia inmediata cuando ningún otro miembro apropiado de la unidad familiar o la familia pueda proporcionar el cuidado necesario, lo que impide al solicitante o beneficiario participar en las actividades requeridas.
- b) La necesidad de cuidado infantil para que el solicitante participe o siga participando en las actividades o acepte un empleo, cuando no esté disponible el cuidado infantil apropiado y económico (formal o informal) a una distancia razonable del hogar o centro de servicio del solicitante. A los efectos de este párrafo, existe la necesidad de cuidado infantil si el solicitante está cuidando a un niño menor de seis (6) años de edad o para un niño que tenga necesidades especiales de cuidado de la salud (verificado por pruebas médicas competentes, según lo determinado por ESA) que impide la asistencia regular a la escuela;
- c) El solicitante es el padre u otro cuidador que cuida personalmente a un niño menor de seis (6) años de edad y participa en las actividades o el empleo, un promedio de al menos veinte (20) horas por semana;
- d) El solicitante reside en un lugar tan alejado de un programa o actividad que el transporte no está disponible. Se considerará que la persona está alejada si se requiere un viaje de ida y vuelta de más de dos (2) horas en transporte público o privado razonablemente disponible, excluyendo el tiempo necesario para transportar a los niños hacia y desde una guardería o escuela, para una jornada normal de trabajo o entrenamiento. Sin embargo, si el tiempo de viaje normal al trabajo en el área es más de dos (2) horas, entonces el tiempo de viaje de ida y vuelta no se considerará causa justificada.
- e) Discriminación por parte de una entidad no gubernamental, empleador u otro programa o actividad en violación de la ley federal o del distrito;
- f) Trabajar o participar sin recibir el subsidio de participación en el trabajo;
- g) Violaciones de cualquier protección del lugar de trabajo enumeradas en la secc. 5811 del título 29 de las Regulaciones Municipales del CD (CDCMR); y
- h) Una circunstancia extraordinaria e imprevista fuera del control del solicitante que impide que el solicitante participe en las actividades requeridas, incluidas, entre otras, violencia doméstica, incendios en el hogar o accidentes automovilísticos.

Las denegaciones de la solicitud de un solicitante por causa suficiente serán por escrito y apelables a través del proceso de audiencia justa. La ESA puede requerir una verificación razonable de la causa suficiente.

Solicitud de TANF para la verificación de la inscripción escolar de niños menores de edad y asistencia de adolescentes embarazadas o con hijos

Como condición para recibir los beneficios de TANF, debe verificarse la inscripción escolar de cada menor dependiente de 16, 17 o 18 años, y la asistencia a la escuela debe verificarse para todas las adolescentes embarazadas o con hijos (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 de un hijo dependiente, se considera que el menor no es elegible para recibir asistencia y será retirado de la unidad de asistencia el último día del mes anterior a que el menor cumpla 16, 17 o 18 años. Si no se verifica la asistencia a la escuela de una adolescente embarazada o con hijos, la adolescente perderá la elegibilidad de TANF por cada mes que no se cumplan los requisitos de asistencia.

Para proporcionar prueba de inscripción o asistencia, puede proporcionar uno de los documentos enumerados a continuación a un centro de servicio durante el período de procesamiento de la solicitud de 45 días o durante el período de recertificación o de comunicación de cambios correspondiente.

- Formulario de verificación de asistencia a la escuela,
- boletín de calificaciones emitida más reciente para el año escolar actual,
- correspondencia de las autoridades escolares,
- correspondencia de juntas de becas u otras organizaciones similares, o
- Información de los registros escolares obtenida a través de acuerdos de intercambio de datos e intercambios con las escuelas.

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

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

- El hijo de la adolescente tiene necesidades especiales de atención médica que impiden la asistencia habitual de la adolescente a la escuela, lo cual se verificará mediante pruebas médicas competentes, según lo determine el Director del DHS o su designado.
- Una circunstancia extraordinaria e imprevista que el Departamento determine que está más allá del control de la adolescente y le impide participar en las actividades requeridas.
- Tiene un hijo menor de 12 semanas.
- El cuidado infantil apropiado dentro de una distancia razonable de la escuela no está disponible, no es asequible o no es adecuado y el niño para el que se busca el cuidado tiene menos de seis años de edad.
- La ausencia se considera “justificada” por parte del centro o programa educativo o de capacitación.

Exenciones de TANF

Como participante de TANF, tiene derecho a reclamar una exención de las actividades laborales, incluida la realización de un plan de responsabilidad individual, la búsqueda de empleo y las actividades de preparación para el trabajo si:

- un menor que no es el jefe del grupo familiar, incluidos los menores en casos de beneficiarios exclusivos;
- un padre soltero con custodia o cuidador con un hijo menor de doce (12) meses, siempre que ningún padre pueda calificar para dicha exención por más de doce (12) meses;
- un padre soltero con custodia o cuidador que cuida personalmente a un niño menor de seis (6) años, si el padre o el cuidador demuestra una incapacidad, según lo determinado por el DHS, para obtener el cuidado infantil necesario porque:
 - El cuidado infantil formal apropiado y de bajo costo no está disponible.
 - El cuidado infantil informal (por ejemplo, por parte de un familiar) no está disponible o es inadecuado.
 - El cuidado infantil apropiado, formal o informal, a una distancia razonable del hogar del padre o del cuidador o del sitio de búsqueda de trabajo/preparación laboral no está disponible.
- Un padre o cuidador en una unidad de asistencia de dos padres o dos cuidadores que no es el principal asalariado (si la unidad de asistencia es elegible para TANF debido al desempleo del asalariado principal), y que está proporcionando personalmente el cuidado de un niño menor de seis (6) años, si el padre o cuidador demuestra una incapacidad, según lo determinado por el DHS, para obtener el cuidado infantil necesario porque:
 - El cuidado infantil formal apropiado y de bajo costo no está disponible.
 - El cuidado infantil informal (por ejemplo, por parte de un familiar) no está disponible o es inadecuado.
 - El cuidado infantil apropiado, formal o informal, a una distancia razonable del hogar del padre o del cuidador o del sitio de búsqueda de trabajo/preparación laboral no está disponible.
- Ambos padres o cuidadores en una unidad de asistencia de dos padres o dos cuidadores (si la unidad de asistencia es elegible para TANF debido a la incapacidad de uno de los padres o cuidadores), si el padre o cuidador no incapacitado está proporcionando personalmente el cuidado de un niño menor de seis (6) años y demuestra una incapacidad, según lo determinado por el Director o su designado, para obtener el cuidado infantil necesario porque:
 - El cuidado infantil formal apropiado y de bajo costo no está disponible.
 - El cuidado infantil informal (por ejemplo, por parte de un familiar) no está disponible o es inadecuado.
 - El cuidado infantil apropiado, formal o informal, a una distancia razonable del hogar del padre o del cuidador o del sitio de búsqueda de trabajo/preparación laboral no está disponible.
- Una persona enferma, si el DHS determina, sobre la base de pruebas médicas competentes (u otra base sólida), que la enfermedad o lesión impide la participación en actividades laborales.
- Una persona incapacitada (incluido un periodo de recuperación tras el parto recetado por un médico), si el DHS verifica que un impedimento físico o mental, determinado por un médico o un psicólogo autorizado o certificado, impide a la persona participar en actividades laborales.
- Una persona que tiene sesenta (60) años o más.
- Una persona que se necesita en el hogar porque otro miembro del grupo familiar requiere la presencia de la persona debido a una enfermedad o incapacidad (según lo determinado por un médico o psicólogo licenciado o certificado), y ningún otro integrante adecuado del grupo familiar puede proporcionar la atención necesaria.
- Una persona que está embarazada y presenta una verificación médica de que está en el segundo o tercer trimestre.

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

- Una persona en una unidad de asistencia de un (1) padre que trabaja en un empleo remunerado o voluntario aprobado, en una experiencia laboral aprobada, o participa en otra actividad contable como trabajo en virtud de la ley del Distrito para el número mínimo de horas requeridas para cumplir con la tasa de participación de trabajo como se establece en la subsección § 5804.2 del título 29 del DCMR.
- Las personas de una unidad de asistencia de dos (2) padres que trabajan en un empleo remunerado o voluntario aprobado, en una experiencia laboral aprobada, o que participan en otra actividad contable como trabajo en virtud de la ley del Distrito, durante al menos treinta y cinco (35) horas a la semana (o un promedio de ciento cuarenta [140] horas al mes).
- Un voluntario de VISTA (Voluntarios en Servicio a América) o Americorps a tiempo completo.
- Con respecto a la parte del TANF financiada por el Distrito, las personas que están inscritas en instituciones locales acreditadas de educación postsecundaria.

Un solicitante o beneficiario de TANF puede solicitar una exención del DHS en cualquier momento, ya sea de forma oral o por escrito. Las solicitudes de exención se tramitan en un plazo de treinta (30) días a partir de la presentación por parte del solicitante o beneficiario de toda la verificación razonablemente necesaria para respaldar la exención solicitada. Si el DHS deniega una solicitud de exención, lo hará por escrito, indicará el motivo de la denegación y explicará el proceso para recurrirla.

Si el DHS determina que cumple una exención, puede participar en cualquier actividad laboral de forma voluntaria. Los solicitantes o beneficiarios de TANF pueden tener derecho a otros beneficiarios como SNAP o Medicaid.

Firma

- Acuso recibo de la notificación con respecto a la cooperación con Manutención Infantil y Causa Suficiente por no cooperar.
- Acuso recibo de la notificación de la falta de cumplimiento de los requisitos del programa TANF de vivir en el hogar.
- Acuso recibo de la notificación de los requisitos de Verificación de Causa Suficiente del programa TANF.
- Acuso recibo de la notificación de los requisitos de Verificación de inscripción escolar de niños menores y Asistencia de adolescentes embarazadas o con hijos del programa TANF.
- Acuso recibo de la notificación de las exenciones del programa de TANF.

Firme aquí:

Fecha:

Firma del beneficiario/a o del representante autorizado

TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)

Como parte del proceso de recertificación de TANF, debe completar una orientación, una evaluación, y elaborar un plan de autosuficiencia inicial como condición para seguir recibiendo los beneficios de TANF de acuerdo con el § 4–205.19a del Código Oficial de DC. Este requisito no se aplica a usted si está recibiendo la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o si es cuidador de un niño que no es suyo y solo está presentando un recertificado por el niño. Para programar una cita para una evaluación, llame a la Oficina de Oportunidades de Trabajo (OWO) del DHS, Centro de Recursos Familiares, al (202) 698-1860 y traiga el formulario de evaluación y reconocimiento del IRP adjunto. Además, si cree que el monto de su beneficio es incorrecto, puede obtener una Audiencia Imparcial.

Es su responsabilidad informar de la ausencia de cualquier menor del hogar, si se espera que la ausencia supere los noventa (90) días. Si un menor está ausente o se espera que esté ausente del hogar por más de noventa (90) días sin causa justificada, tal como se define en la secc. 5802.2 del título 29 del DCMR, el menor no será elegible para recibir los beneficios de TANF. Si no presenta un informe de la ausencia de un menor o de la ausencia esperada por más de noventa (90) días dentro de los cinco días posteriores a tener conocimiento de ello, las necesidades del padre o cuidador pariente se excluirán del beneficio TANF por un período de tres (3) meses, después de que se haya dado un aviso adecuado y oportuno. Si informa tarde la ausencia de un menor, o la ausencia esperada por más de noventa (90) días, las necesidades del pariente o tutor se excluirán del beneficio de TANF por un (1) mes, comenzando con el mes siguiente a la ausencia del menor de la casa.

POWER (Programa de Trabajo, Empleo y Responsabilidad): Puede solicitar una transferencia temporal a POWER en cualquier momento si es elegible para los beneficios de TANF pero no puede trabajar. Puede solicitar POWER al hacernos saber que tiene una condición física o mental que le impide trabajar. También puede ser elegible para POWER si es:

- Una adolescente embarazada o con hijos menores de 19 años matriculada en la escuela.

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

- Debe cuidar a alguien en su casa que esté incapacitado física o mentalmente.
- Tiene 60 años de edad o más.
- Es víctima de violencia doméstica.

La participación paga mientras está en TANF: Cuando participa con sus proveedores de TANF, es elegible para estipendios y bonificaciones. Esto se traduce en más dinero para usted y su familia.

Sanciones: Si no sigue los requisitos de su plan o trabajo, sus beneficios de TANF se reducirán, a menos que tenga una causa suficiente. Esto se llama sanción laboral. Queremos que se ponga en la mejor situación para tener éxito para usted y sus hijos. El DHS ofrece servicios para ayudarlo a prepararse y conseguir un trabajo, abordar problemas que le impiden tener éxito en un trabajo y ayudarlo a obtener un mejor trabajo. Si va a ser sancionado, se lo notificaremos con anticipación.

EBT (Transferencia Electrónica de Beneficios): Su tarjeta EBT es la tarjeta que utiliza para acceder a sus beneficios TANF. No está permitido usar su tarjeta EBT en licorerías, casinos o clubes de *striptease*. Si usa la tarjeta en cualquiera de estos lugares, se bloqueará la transacción. El DHS monitorea el uso de la tarjeta en estos lugares. Si no informa al DHS que utilizó sus beneficios de TANF en su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) en uno de estos lugares prohibidos, se considerará una ocultación en violación de las disposiciones de fraude de asistencia pública que se encuentran en la secc. 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 TANF de su familia y puede ser descalificado permanentemente del programa.

Violencia Doméstica: Tiene derecho a solicitar una exención por causa suficiente de violencia doméstica de los requisitos de trabajo de TANF y los requisitos de cooperación de manutención infantil de TANF en cualquier momento. El DHS remite a las víctimas de violencia doméstica a los servicios adecuados. La divulgación de la violencia doméstica es voluntaria y no afectará negativamente ni retrasará la capacidad de recibir ayuda. La información divulgada será confidencial; sin embargo, la información divulgada sobre maltrato infantil, desatención infantil o maltrato de ancianos se debe comunicar a los Servicios de Protección de Niños o a la División de Servicios de Protección de Adultos (APS, en inglés) de la Oficina de la Tercera Edad del Distrito de Columbia (DACL, en inglés).

Elegibilidad para POWER

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

- El jefe de la unidad de asistencia es el padre de un menor;
- El jefe de la unidad de asistencia está incapacitado física o mentalmente; y
- La incapacidad física o mental del jefe de la unidad de asistencia se verifica mediante pruebas médicas competentes y cuando se considera junto con la edad, experiencia laboral previa y educación del jefe de la unidad de asistencia y otros factores relacionados con la capacidad de trabajo del jefe de la unidad de asistencia, según lo determinado por la ESA:
 - Impide sustancialmente la capacidad del jefe de la unidad de asistencia para trabajar o participar en la búsqueda de empleo o actividades de preparación para el trabajo; y
 - Se espera que dure más de 30 días.

Además de las circunstancias anteriores, la unidad de asistencia será elegible para POWER si el jefe de la unidad de asistencia es el padre de un menor y:

- Se necesita en el hogar, debido a una necesidad médica, para cuidar a un miembro del hogar que está incapacitado física o mentalmente; o
- El Departamento ha determinado que es una víctima de violencia doméstica que está recibiendo 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 resultó en una recomendación de que se exima el requisito de trabajo o de cooperación de manutención infantil; o
- Es una adolescente embarazada o con hijos que:
 - Ha sido certificada por el Departamento como exenta de los requisitos de vivir en el hogar;
 - Está matriculada en la escuela secundaria o en un programa de Grado de Equivalencia de Educación General; y,
- Cumple con sus requisitos de trabajo de conformidad con su Plan de Responsabilidad Individual TANF o cualquier plan equivalente (IRP, en inglés) desarrollado durante su participación en POWER.

Una persona no es elegible para POWER si esa persona recibe

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

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

Derechos de manutención infantil (TANF)

Todos los pagos de manutención infantil se recaudarán y desembolsarán a través de la CSSD. Está cediendo sus derechos de manutención hasta la subvención de TANF y puede recibir los primeros \$150.00 de una obligación mensual de manutención infantil actual o un pago voluntario de manutención infantil de un padre 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, puede verse obligado a pagar al CSSD. Si no está de acuerdo con estas condiciones, no puede recibir TANF. Una vez que esté fuera de TANF, puede conservar los pagos actuales de manutención infantil. Si utiliza el beneficio TANF, entonces nos está diciendo que está de acuerdo con estas condiciones.

Solo SNAP

DECLARACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

De acuerdo con la legislación federal, debe brindar su número de seguro social (SSN, en inglés) (si lo tiene) si se encuentra en el grupo familiar del SNAP. (Consulte la *Ley de Alimentos y Nutrición de 2008*, y sus reformas, 7 U.S.C. § 2025(e) y *Números del Seguro Social*, 7 CFR § 273.6). Los integrantes del grupo familiar o familiares no participantes no deben brindar sus SSN, información sobre ciudadanía o condición migratoria. Su SSN se usará para verificar su identidad, evitar la recepción de beneficios duplicados y realizar los cambios necesarios del programa. El sistema informático del DHS utiliza su SSN para verificar sus ingresos a través de los registros de fuentes federales y locales, incluidos el Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés), la Administración del Seguro Social (SSA, en inglés), el Departamento de Servicios de Empleo del DC (DOES, en inglés) y la División de Servicios de Manutención Infantil del DC (CSSD, en inglés). Si se niega o no se proporciona un SSN, la persona para la que no se obtenga el SSN podrá resultar descalificada.

SANCIONES POR FRAUDE: Si comete fraude en el SNAP, trafica beneficios del SNAP o infringe otras normas del programa SNAP, usted podría recibir una multa e ir a prisión por hasta 20 años. También podría perder sus beneficios (quedar descalificado) durante un año o de forma permanente, según las normas que infrinja. Las sanciones de descalificación se enumeran en 7 CFR § 273.16 (b) y 7 U.S.C. § 2015(b).

SNAP y efectivo

- Si este formulario se entrega fuera de término o está incompleto, es posible que no reciba sus beneficios a tiempo.
- Si NO entrega este formulario, cerraremos su caso.
- Si no entrega los comprobantes que solicitamos en este formulario a tiempo, podemos cerrar su caso de los beneficios o podrá obtener menos beneficios de los que le podrían corresponder.
- Si se cierra su caso, es posible que deba completar una nueva solicitud.
- Si no está de acuerdo con la decisión de reducir o cancelar sus beneficios, tiene derecho a una audiencia imparcial. Se le enviará un aviso sobre cualquier reducción o cancelación de sus beneficios.

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

This page intentionally left blank

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
SNAP/CASH FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

Solo para TANF Formulario de evaluación y reconocimiento del IRP (Lea, firme y lleve esta página a su cita; consulte a continuación)		
Para ser recertificado para los beneficios de TANF (efectivo), debe completar una orientación/evaluación y firmar un Plan de Responsabilidad Individual (IRP). Esto debe completarse dentro de los 45 días posteriores a la presentación de esta recertificación para los beneficios. ¿Cómo programo una cita? Debe llamar al (202) 698-1860 o acudir a la Oficina de Oportunidades de Trabajo en una de sus ubicaciones para programar una cita. Las citas se ofrecen de lunes a jueves de 8:15 a.m. a 15:00 p.m.		
Anacostia 2100 Martin Luther King Jr. Ave. S.E. Suite 300 Washington, D.C. 20020	Congress Heights 4049 South Capitol Street. SW Washington, DC 20032	
¿Cuánto durará mi orientación/evaluación? Debe planificar dedicar, como mínimo, 90 minutos a la evaluación. Es su responsabilidad programar y asistir a esta cita. ¿Qué debo llevar a mi orientación/evaluación? Debe traer esta página y una tarjeta de ID con fotografía. ¿Están cubiertos mis costos de viaje hacia/desde mi cita de orientación/evaluación? La Oficina de Oportunidades Laborales (OWO) puede proporcionar asistencia/reembolso de Metro a petición.		
Su nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Número de caso (si se conoce):
Entiendo que si no completo la orientación, evaluación y no firmo el IRP me denegarán los beneficios. Firme aquí: _____ Fecha: _____ _____ Firma del beneficiario/a o del representante autorizado Firma del empleado de OWO: _____ Centro de servicios: _____ Fecha: _____		