



# SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES DE DELAWARE (DHSS)

SOLICITUD DE PRESTACIONES DE ALIMENTOS, ASISTENCIA MONETARIA,  
ASISTENCIA MÉDICA Y DE GUARDERÍA

## Bienvenido a los Servicios de Salud y Sociales de Delaware (DHSS)

Ayudamos a los residentes necesitados de Delaware al proporcionar prestaciones (beneficios) de alimentos, asistencia médica, de guardería y monetaria. Podemos ofrecerle información sobre otros servicios útiles disponibles en su comunidad. Usted puede responder solamente las preguntas relacionadas con el/los programa(s) que usted desea solicitar. Si responde a TODAS las preguntas de la Solicitud de Asistencia, podemos determinar si usted es elegible para todos los programas. Algún amigo o familiar o cualquier otra persona que usted desee pueden ayudarle a llenar esta solicitud.

**La solicitud no está completa si no firma la última página.** Envíenos su solicitud.

En su entrevista, tendrá que mostrarnos:

- Comprobante de su persona.
- Comprobante de los costos por servicios de guardería (solo para los casos de asistencia monetaria).
- Comprobante de su dirección.
- Comprobante de los ingresos que haya recibido en los últimos 30 días.

Nombre		Teléfono
Dirección		
Dirección postal (si no es la misma que la anterior)		
Ciudad	Estado	Código Postal

**Si usted desea que otra persona esté a cargo de su caso y sea su representante, sírvase indicar la información a continuación.**

### Representante autorizado

Yo, \_\_\_\_\_ deseo que \_\_\_\_\_

Su nombre

Nombre de su representante

sea mi representante para los efectos de la solicitud y la revisión del caso solamente.  Sí  No

A mi representante también se le expedirá una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) de mi cuenta de prestaciones de alimentos y podrá usarla para comprar alimentos. Entiendo que esto significa que el representante tendrá acceso a mis prestaciones de alimentos y que las prestaciones usadas por el representante no serán restituidas.

Sí  No

**La fecha en que recibamos esta primera página de la solicitud con su nombre, dirección y firma es la fecha en que podrían entrar en vigor las prestaciones si usted firma y envía la solicitud completa a DHSS en un plazo de 30 días.**



\_\_\_\_\_  
Firma del/de la solicitante (obligatoria)

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



## SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES DE DELAWARE (DHSS)

SOLICITUD DE PRESTACIONES DE ALIMENTOS, ASISTENCIA MONETARIA,  
ASISTENCIA MÉDICA Y DE GUARDERÍA

En cada uno de los encabezamientos de esta solicitud aparecen los símbolos de los programas. Estos símbolos ayudan a identificar las preguntas que debe responder para el/los programa(s) que desee solicitar.

Símbolos	Programas	Términos	Definición
	<b>Programas de Asistencia Médica</b> (doctores, hospitales, recetas médicas, análisis de laboratorio y radiografías)	<b>Extranjero:</b>	Las personas que no son ciudadanas de los EE.UU.
	<b>Asistencia de Guardería</b> (ayuda con el costo de los servicios de guardería)	<b>Tarjeta de EBT:</b>	Transferencia Electrónica de Beneficios - una tarjeta plástica que puede usar en el mercado para comprar alimentos.
	<b>Asistencia Monetaria - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) - Asistencia General (GA)</b>	<b>Elegible:</b>	Reúne todos los requisitos para recibir prestaciones:
	<b>Programa de Complementos de Alimentos</b> (ayuda para los gastos mensuales de alimentación)	<b>Familia:</b>	Una persona o un grupo de personas que viven juntas y compran sus alimentos y preparan sus comidas en común.
	<b>Firma obligatoria</b>	<b>ABAWD:</b>	Persona adulta apta que no tiene dependientes - Todo adulto en edades de 18 a 50 años de edad que no tiene dependientes y está físicamente apto para trabajar.

### Declaración de no discriminación

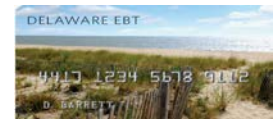
Conforme a las leyes federales y a las normas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés) está prohibido discriminarle a usted en esta institución debido a su raza, color, país de origen, sexo, religión, creencias, edad, discapacidad o ideas políticas.

Si necesita recibir esta información en otro tipo de formato (en Braille, letra grande, cinta de audio, etc.), comuníquese con el Centro TARGET del USDA llamando al (202) 720-2600 (Sistema de voz o Dispositivo de Telecomunicación para Sordos [TDD, por sus siglas en inglés]). Si necesita obtener información sobre este programa, actividad o institución en algún otro idioma que no sea en inglés, comuníquese con la agencia del USDA responsable de dicho programa o actividad o cualquier oficina del USDA.

Para presentar una queja por discriminación, dirija su correspondencia a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratis al (800) 795-3272 (Sistema de voz) o al (202) 720-6382 (Sistema de retransmisión telefónica [TTY, por sus siglas en inglés]). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.



### Tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios [EBT, por sus siglas en inglés] de Delaware's Food First



Las prestaciones de alimentos se emiten en una tarjeta de EBT. Para usar sus prestaciones de alimentos, tiene que tener una tarjeta de EBT y un Número de Identificación Personal (PIN, por sus siglas en inglés). Una vez que se conceden sus prestaciones, nuestro proveedor de tarjetas EBT le envía su tarjeta por correo si usted nunca ha tenido una. También puede presentarse a uno de los locales que emiten tarjetas para obtener la suya.

### Prestaciones de Alimentos de Delaware para casos de Emergencia

Si en estos momentos su familia no tiene ingresos o sus ingresos son escasos, usted podría recibir prestaciones de alimentos para casos de emergencia en un plazo de 7 días a partir de la fecha en la que recibamos su solicitud completa.

Usted podría recibir prestaciones de alimentos para casos de emergencia en un plazo de 7 días si:

- Su familia espera recibir ingresos por menos de \$150.00 este mes
- Su familia no tiene más de \$100 en dinero en efectivo o en cuentas de banco
- Su familia es una familia de trabajadores migratorios o de la agricultura por temporada
- Los gastos de alquiler, hipoteca y servicios públicos son mayores que los ingresos brutos de la familia y los fondos líquidos combinados.

## Datos sobre usted y las personas que viven en su hogar

¿Para qué programa(s) es esta solicitud?

Asistencia Monetaria  
 Asistencia Médica

Complementos de Alimentos  
 Guardería

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Apellido, Nombre e Inicial del segundo nombre

Calle y número: \_\_\_\_\_  
 Número de apartamento Nombre de la urbanización/del complejo

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Usted es  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Unión Civil  
 Separado(a)  Viudo(a)  Pareja de hecho

### Instrucciones

Llene las casillas para todas las personas de la familia.

**Raza:** I = Indio Americano/Natural de Alaska  
 B = Negro(a)/Africanoamericano(a)  
 PI = Natural de Hawái/de las Islas del Pacífico

W=Blanco  
 A=Asiático

**Grupo étnico:** H=Hispano/Latino  
 N=No es Hispano/Latino

Apellido	Nombre, Inicial del segundo nombre	Relación con usted	¿Solicita beneficios para esta persona?	Sexo M / F	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Raza/ Grupo étnico (opcional)	Ciudadano de EE.UU.	Extranjero legal
		Yo mismo(a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

1. ¿Alguien alguna vez ha recibido prestaciones de asistencia monetaria, de alimentos, médica o de guardería en algún otro estado?  Sí  No

¿Qué tipo de prestaciones? \_\_\_\_\_ Nombre del estado \_\_\_\_\_ Mes/año \_\_\_\_\_

2. ¿Alguien alguna vez ha sido inhabilitado para recibir prestaciones de asistencia monetaria o de alimentos en algún otro estado?  Sí  No

¿Qué tipo de prestaciones? \_\_\_\_\_ Nombre del estado \_\_\_\_\_ Mes/año \_\_\_\_\_

3. ¿Alguien de su familia ha violado las condiciones de su libertad condicional o libertad a prueba o es prófugo de la justicia?  Sí  No
4. ¿Alguien ha sido declarado culpable de cometer un delito relacionado con drogas después del 22 de agosto de 1996?  Sí  No
5. ¿Usted o algún miembro de su familia ha sido declarado culpable de intercambiar prestaciones de alimentos por drogas después del 22 de septiembre de 1996?  Sí  No
6. ¿Usted o algún miembro de su familia ha sido declarado culpable de comprar o vender prestaciones de alimentos por más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996?  Sí  No
7. ¿Usted o algún miembro de su familia ha sido declarado culpable de recibir por medio de fraude prestaciones de alimentos duplicadas en algún estado después del 22 de septiembre de 1996?  Sí  No
8. ¿Usted o algún miembro de su familia ha sido declarado culpable de intercambiar prestaciones de alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?  Sí  No

**Responda las siguientes preguntas si el padre/la madre de alguno de los niños menores de 18 años que viven en su hogar no vive con ustedes:**

Nombre del menor	Nombre del padre/de la madre ausente	Fecha de nacimiento del padre/de la madre ausente	Número de seguro social del padre/de la madre ausente	Dirección del padre/de la madre ausente	Empleador del padre/ de la madre ausente

### Datos sobre su atención médica



¿Aparte de Medicaid, alguien de su familia tiene seguro médico o Medicare?

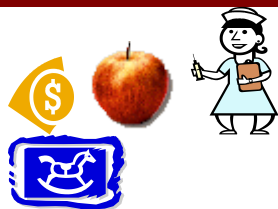
Sí  No

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la póliza	Nombre del seguro	A quién cubre el seguro	Marque con un círculo lo que cubre el seguro	Número de la póliza
			Doctor   Hospital   Análisis de laboratorio   Rayos X	
			Doctor   Hospital   Análisis de laboratorio   Rayos Xs	
			Doctor   Hospital   Análisis de laboratorio   Rayos Xs	

9. Nombre de toda persona en su familia que esté embarazada \_\_\_\_\_ fecha prevista del parto \_\_\_\_\_
10. Nombre de toda persona menor de 19 años que tenga una discapacidad \_\_\_\_\_
11. Nombre de toda persona que no pueda trabajar por motivos médicos \_\_\_\_\_
12. Nombre de toda persona que haya tenido seguro médico en los últimos 6 meses \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo caducó el seguro? \_\_\_\_\_ ¿Por qué caducó? \_\_\_\_\_
13. Nombre de toda persona que se haya lesionado en los últimos 2 años (accidente automovilístico, lesión de trabajo, negligencia médica, etc.) \_\_\_\_\_

## ¿Qué tipo de ingresos reciben las personas de su familia?



Indique el nombre de la persona y el importe mensual de los ingresos. Puede añadir una hoja adicional si es necesario, (es necesario presentar copias de los ingresos).

¿De qué fuente proviene el dinero?	¿Quién gana este dinero?	¿Cuánto gana?	¿Con qué frecuencia le pagan?
Dinero devengado por el empleo (antes de los impuestos)			
Empleo por cuenta propia/Servicios de niñera/Trabajo ocasional			
Propinas o comisiones			
Seguro Social			
Ingresos complementarios del seguro social [SSI, en inglés]			
Beneficios de veterano, pensiones o jubilación			
Desempleo o indemnización por accidentes de trabajo			
Sustento al menor			
Pensión alimenticia			
Estudio de trabajo			
Dinero obtenido de intereses o dividendos			
Otros			

14. ¿Alguien de su familia renunció a su trabajo en los últimos 30 días?  Sí  No

Si la respuesta es sí, nombre del empleador \_\_\_\_\_

15. ¿Alguien en su familia es trabajador migratorio o de la agricultura por temporada?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

16. ¿Alguien en su familia está en huelga?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

## ¿Posee lo siguiente?



Llene esta sección para Asistencia Monetaria solamente

17. ¿Alguien en su familia tiene automóvil (no incluya su auto)?

Sí  No

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Marca	Modelo	Año	Cantidad que debe todavía
			\$
			\$

18. ¿Alguien posee o es propietario de tierras, edificios, o casas aparte de la en la que vive?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quién es el propietario? \_\_\_\_\_

19. ¿Alguien percibe ingresos por esta propiedad?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿cuánto recibe? \$ \_\_\_\_\_

20. ¿Alguien de la familia tiene lo siguiente?

Tipo de cuenta	Sí o No	¿A nombre de quién?	Número de cuenta	Saldo
Banco o Cooperativa de crédito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
Acciones o bonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
Certificados de ahorro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
Cuentas de jubilación IRAs o Keogh	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
Fondos fiduciarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
Dinero en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
Otros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$

### ¿Cuáles son sus gastos médicos?



Si usted o alguien de su familia tiene gastos médicos y tiene 60 años o más, o está ciego y/o recibe prestaciones federales por discapacidad (SSA, SSI, VA), indique el nombre de la persona y la suma de gastos médicos que paga mensualmente.

Nombre		Nombre	
Hospitalización	\$	Hospitalización	\$
Medicamentos por receta médica	\$	Medicamentos por receta médica	\$
Doctor	\$	Doctor	\$
Cuidado de la vista	\$	Cuidado de la vista	\$
Dentista	\$	Dentista	\$
Primas mensuales	\$	Primas mensuales	\$
Transporte para cuidados médicos	\$	Transporte para cuidados médicos	\$
Otros	\$	Otros	\$

## ¿Cuáles son los gastos de su familia?



Datos sobre sus cuentas, (es posible que necesitemos copias de las cuentas)

### Vivienda

¿Cuáles son sus gastos de vivienda (indique lo que tiene que pagar)?

21. Alquiler: \$ \_\_\_\_\_ al mes
- ¿Esta vivienda es por sección 8 del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) o alguna otra asistencia para alquiler?  Sí  No
- ¿El alquiler incluye las comidas (habitación y comida)?  Sí \$ \_\_\_\_\_  No
- O ¿usted paga por la comida solamente?  Sí \$ \_\_\_\_\_  No
22. Alquiler de la parcela de la casa móvil \$ \_\_\_\_\_ al mes
23. Hipoteca/ Casa móvil \$ \_\_\_\_\_ al mes
24. Segunda hipoteca o Préstamo sobre el capital de la vivienda \$ \_\_\_\_\_ al mes
25. Seguro sobre la vivienda \$ \_\_\_\_\_ al mes
26. Impuestos sobre la propiedad \$ \_\_\_\_\_ al mes
27. Cuotas adicionales \$ \_\_\_\_\_ al mes
28. Tarifas de condominio/Asociación \$ \_\_\_\_\_ al mes

### Servicios públicos

Marque todas las casillas que correspondan e indique la cantidad.

- Electricidad \$ \_\_\_\_\_
- Aire acondicionado (central o unidad independiente) \$ \_\_\_\_\_
- Calefacción (gas, eléctrica, de petróleo, gas propano, madera, querosene) \$ \_\_\_\_\_
- Gas (para cocinar) \$ \_\_\_\_\_
- Agua potable/Aguas residuales \$ \_\_\_\_\_
- Basura \$ \_\_\_\_\_
- Teléfono \$ \_\_\_\_\_
- HUD/WHA/DSHA (cheque de asignación para los servicios públicos) \$ \_\_\_\_\_
- Servicios públicos excedentes solamente \$ \_\_\_\_\_

### Otro:

29. Gastos por el cuidado de dependientes  Sí \$ \_\_\_\_\_  No
30. ¿Pagos obligatorios de sustento al menor?  Sí \$ \_\_\_\_\_  No

## Notificación y verificación de gastos:

Cerciórese de ingresar todos sus gastos para poder ser elegible para el total de prestaciones de alimentos necesarias. Si deja de poner algún gasto, no podremos contarle para decidir la cantidad de ayuda que se le debe dar.

- Gastos de vivienda (alquiler/hipoteca/parcela);
- Impuestos sobre los bienes raíces;
- Gastos de agua potable y de aguas residuales;
- Gastos de teléfono;
- Gastos por el cuidado de dependientes;
- Seguro sobre la vivienda;
- Gastos de servicios públicos (gas/electricidad/petróleo);
- Gastos de basura;
- Gastos médicos;
- Gastos de sustento al menor que paga por niños que no viven en su casa.

## ¿Necesita servicios de guardería?



Indique por qué necesita servicios de guardería

- Trabajo       Estudio para obtener el título de bachiller o su equivalente (GED)
- Educación/capacitación (como parte del Programa E&T de DSS)
- Salud (explique): \_\_\_\_\_
- Otro (explique): \_\_\_\_\_

Nombre(s) del/delos niño(s) que necesita(n) servicios de guardería	Cantidad de horas que necesita	Nombre del proveedor, dirección y número de teléfono	Número de ID del proveedor	Es proveedor de DHSS o alguien que encontró por su cuenta	Fecha de comienzo de los servicios

## ¿Alguien en su familia va a la escuela?



Llene esta sección solo para Asistencia Monetaria, de Guardería y Complementos de Alimentos

Llene esta sección con el nombre de toda persona en su familia que asista a la escuela, incluso aunque sea vocacional.

Persona(s) en la escuela	Nombre de la escuela	Horario completo/parcial	Grado	Si tiene 16 años o más, fecha prevista de la graduación



## Autorizaciones

### Autorización para el recibo de Información sobre Prevención del Embarazo

Si desea recibir información al respecto, puede llamar a Planned Parenthood, al 1-800-230-PLAN (7526).

Para recibir información sobre el embarazo en la adolescencia, llame a Alliance for Adolescent Pregnancy Prevention (Alianza para prevenir el embarazo en la adolescencia), al 1-800-499-WAIT (9248). También puede llamar a la Línea directa de Delaware, al 211 o al 1-800-464-4357 para obtener información sobre la clínica de Planificación Familiar de Salud Pública de su área.

## Sanciones



### Para los Programas de Complementos de Alimentos, Asistencia Monetaria y Médica

Aunque no es obligatorio dar su número de seguro social, usted entiende que si no da el número de seguro social suyo o de alguna de las personas en su familia, se le podrían denegar los servicios. Su número de seguro social se usará para determinar la elegibilidad inicial y continua. Los extranjeros cuyo estatus no es legal no tienen que dar su número de seguro social.

Usaremos su número de seguro social para verificar la información en nuestros archivos con la de los sistemas de computación de verificación de otras agencias federales, estatales y locales. Si intencionalmente nos da información falsa, podríamos iniciar acciones legales contra usted.

Si recibe prestaciones que no debería recibir, será su responsabilidad devolver las prestaciones que recibió durante el período de elegibilidad, incluso aunque ya no reciba prestaciones.

La persona no podrá recibir prestaciones de alimentos o de Asistencia Monetaria si:

- es prófugo(a) de la justicia para evadir ser enjuiciado, detenido o recluido luego de haber sido declarado culpable por un delito grave, o
- ha violado una de las condiciones de su libertad condicional o libertad a prueba impuesta por las leyes estatales o federales.



### Sanciones del Programa de Complementos de Alimentos

Si usted...	Perderá el derecho a sus prestaciones de alimentos...
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Oculta información o hace declaraciones falsas</li><li>▪ Usa una tarjeta de EBT que pertenece a otra persona</li><li>▪ Usa prestaciones de alimentos para comprar bebidas alcohólicas o tabaco</li><li>▪ Intercambia o vende prestaciones de alimentos o tarjetas de EBT</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 12 meses si es la primera infracción</li><li>▪ 24 meses si es la segunda infracción</li><li>▪ Permanentemente si es la tercera infracción</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Intercambia prestaciones de alimentos por sustancias controladas, por ejemplo drogas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 24 meses si es la primera infracción</li><li>▪ Permanentemente si es la segunda infracción</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Intercambia prestaciones de alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Permanentemente</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intercambia, compra o vende prestaciones de alimentos por más de \$500</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Permanentemente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Da información falsa sobre su persona y su lugar de residencia para obtener prestaciones de alimentos adicionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10 años por cada infracción</li> </ul>

**También podría imponérsele una sanción de hasta \$250,000 o mandarle a la cárcel por un período de hasta 20 años, o ambas cosas, por cometer estas infracciones. También podrían enjuiciarle conforme a las leyes federales.**

**Verificaremos la información que usted nos dé para cerciorarnos de que su familia es elegible para recibir prestaciones de Alimentos y Asistencia Monetaria. Los funcionarios del gobierno federal, estatal y local verificarán la información que usted nos dé.** Otros programas de ayuda federal y programas estatales subvencionados por el gobierno federal, como por ejemplo Almuerzos Escolares y Medicaid también podrían verificar la información que usted nos dé. Si se determina que alguno de los datos que nos dio está incorrecto, se le podrían denegar las prestaciones de Alimentos/de Asistencia Monetaria. Si usted intencionalmente nos da información falsa, podríamos iniciar acciones legales en su contra. Es posible que también tenga que devolver la suma total de prestaciones que no debía haber recibido.



### **Sanciones del Programa de Asistencia Monetaria**

**No dé información falsa, u oculte información, para recibir o continuar recibiendo Asistencia Monetaria**

<b>Si...</b>	<b>Usted...</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alguna de las personas de su familia intencionalmente infringe alguno de los reglamentos del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pierde el derecho a Asistencia Monetaria durante 12 meses por la primera infracción.</li> <li>▪ Pierde el derecho a Asistencia Monetaria durante 24 meses por la segunda infracción.</li> <li>▪ Pierde permanentemente el derecho a asistencia monetaria por la tercera infracción.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alguno de los solicitantes o beneficiarios da información falsa para obtener prestaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estaría sujeto a sanciones que podrían ser desde una multa de hasta \$500 y encarcelamiento por un período de hasta 6 meses.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si a alguna persona de su familia la declararan culpable de distorsión de la información sobre su lugar de residencia para obtener prestaciones adicionales de programas subvencionados por TANF durante el mismo mes en dos estados o más</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pierde el derecho a asistencia monetaria durante 10 años.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A alguna de las personas de su familia la declaran culpable de un delito grave por poseer, usar o vender sustancias controladas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pierde permanentemente el derecho a asistencia monetaria.</li> </ul>

### **Sanciones de TANF por renunciar al empleo**

Si una persona renuncia a su empleo sin motivos fundados cesarán todas las prestaciones de TANF durante un mes o hasta que la persona cumpla con los requisitos de empleo o de capacitación durante cuatro semanas seguidas, de las dos opciones, la última que suceda.

### **Sanciones de TANF por asuntos de trabajo y capacitación**

Si una persona no cumple con los requisitos de trabajo y capacitación cesarán todas las prestaciones de TANF durante un mes o hasta que la persona cumpla con los requisitos de empleo o de capacitación durante cuatro semanas seguidas, de las dos opciones, la última que suceda.



### Datos sobre el Programa de Asistencia Médica

#### Yo entiendo y acuerdo que:

- Tengo que solicitar y aceptar otras prestaciones a las que pudiera tener derecho tales como de Subsidios por Desempleo, Seguro Social o Medicare.
- Por ley y como condición de mi elegibilidad, le cedo a DHSS todos mis derechos a asistencia médica y al pago de atención médica por terceros.
- Debo permitir que DHSS, ya sea directamente o a través de sus agentes o que el Diamond State Health Plan o el Delaware Healthy Children Program, tengan acceso a todos los archivos médicos y los archivos médicos y de servicios afines generados en las escuelas de cada uno de los miembros de mi familia que sean elegibles para Asistencia Médica. Esto le permitirá a DHSS administrar el programa de asistencia médica, coordinar la atención médica, determinar las necesidades médicas y evaluar o pagar por servicios médicos incurridos o pendientes.

#### Yo entiendo y acuerdo que:

- Recibiré automáticamente servicios de apoyo para el sustento de menores de la División de Cumplimiento de Sustento al Menor (DCSE, por sus siglas en inglés).
- Tengo que cooperar con la DCSE para establecer la paternidad y obtener ayuda médica para cualquier menor que reciba asistencia médica.
- La DCSE está autorizada a deducir directamente de mis pagos de sustento al menor, todas y cada una de las sumas que se le deban a la División de Servicios Sociales.
- No tendré derecho a recibir prestaciones si no colaboro con la DCSE a no ser que tenga motivos fundados para no hacerlo. Mi(s) hijo(s) de todas formas podría(n) ser elegible(s).
- Las mujeres embarazadas no tienen que cooperar para establecer la paternidad y obtener ayuda médica.

Algunos programas de Medicaid exigen que usted se inscriba en una organización de administración de la salud.

Para inscribirse en una organización de administración de la salud (MCO, por sus siglas en inglés), llame a la Administración de Prestaciones de Salud al 1-800-996-9969.

## Divulgación de Información

### Para todos los programas

Toda información y documentación obtenida para determinar su elegibilidad para Asistencia Monetaria, Complementos de Alimentos, Guardería y Asistencia Médica o para cualquier otro tipo de uso relacionado con los programas, es confidencial. Cada programa cuenta con medidas de protección que restringen el uso y la divulgación de la información sobre su persona para los fines directamente relacionados con la administración del programa.

El revelar información relacionada con su elegibilidad a cualquier persona que no esté autorizada a recibir dicha información es un incumplimiento de las leyes estatales y federales y podría traer como resultado que se inicien acciones legales.

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

## Certificaciones y Firmas

### Certificación de ciudadanía y de estatus migratorio de extranjeros

Certifico, bajo pena de perjurio, que yo soy, y todos los miembros de mi familia son, ciudadano(s) estadounidense(s) o extranjero(s) con estatus migratorio legal. Los extranjeros que no tengan estatus migratorio legal pueden ser elegibles para servicios de emergencia y para servicios de parto solamente.

### Certificación de la elección del cabeza de familia

Leí y se me explicaron las disposiciones relacionadas con la elección del cabeza de familia. Seleccioné a la siguiente persona como cabeza de familia y certifico que todos los miembros adultos de mi familia están de acuerdo con esta elección.

---

(Cabeza de familia nombrado)

### Certificación de comprensión y veracidad de las respuestas de la solicitud

Entiendo las preguntas de esta solicitud y las sanciones impuestas por ocultar o dar información falsa o de infringir alguno de los reglamentos que se mencionan en la sección de advertencia de sanciones. Certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas son correctas y están completas, incluida la información relacionada con la ciudadanía o el estado migratorio de extranjeros de cada uno de los miembros de la familia que solicitaron prestaciones. Entiendo y acuerdo entregar los documentos que comprueban lo que he dicho. Entiendo y acuerdo que DHSS podría comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener los comprobantes necesarios de mi elegibilidad y nivel de prestaciones.

Leí o se me leyeron, todas las declaraciones de este formulario y la información que doy es cierta y está completa a mi leal saber y entender. Entiendo que se me podría sancionar si a sabiendas doy información falsa. Entiendo que toda la información que doy es confidencial y que las leyes federales y estatales imponen límites a la divulgación de información sobre mi persona.

Acuerdo en permitir a los Servicios de Salud y Sociales de Delaware, o a sus representantes, actuar en mi nombre en la recuperación de toda suma que los programas de asistencia médica hayan gastado si hubiese otras fuentes disponibles para pagar las cuentas médicas, por ejemplo de seguros médicos, patrimonios, etc.

Tengo derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no estoy satisfecho(a) con cualquier decisión que se haya tomado relacionada con mi elegibilidad o prestaciones. Un abogado o cualquier otra persona que yo elija puede ser mi representante.

### Leí o se me leyeron y entiendo los Derechos y las Responsabilidades actualmente vigentes. El/la trabajador(a) de DHSS me entregó una copia de los Derechos y Responsabilidades.

Uno de los adultos miembros de la familia (de 18 años o más) o un menor de edad emancipado tiene que firmar esta solicitud.

---

Firma del solicitante

---

Fecha

---

Testigo

---

Firma del representante autorizado

---

Fecha

---

Testigo

---

Firma del cónyuge/pareja de hecho (no es necesario para asistencia médica)

---

Fecha

---

Testigo

### Para las personas que no hablan inglés

Se ofrecieron servicios de traducción o un miembro de la familia o alguna otra persona estuvieron presentes para traducir.



---

Firma del/de la traductor(a)

---

Fecha

---

Número de teléfono y agencia/Relación