

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS

DERECHO AL AVISO POR ESCRITO – En cuanto se haya aprobado su caso, se le debe dar siempre un aviso por escrito que explique sus beneficios. También se le debe dar siempre un aviso por escrito cuando estos beneficios sean alterados, o cuando su caso sea rechazado o se cierre. Dispone de 90 días a partir de la fecha del aviso para solicitar una audiencia. Si solicita la audiencia dentro de 10 días, puede seguir recibiendo sus beneficios mientras la espera.

DERECHO DE APELACIÓN – Puede solicitar una audiencia si no está conforme con la decisión del Departamento. Su administrador de caso puede ayudarle a redactar la apelación. Durante la audiencia, puede hablar por cuenta propia o llevar un abogado, amigo, o pariente que hable por usted.

IGUALDAD DE DERECHOS – Las leyes federales y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) constatan que no podemos discriminarle por su raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Bajo la política del Acta de Cupones de Alimentos y del USDA, tampoco podemos discriminarle por sus creencias políticas o religión.

Si usted cree que ha sido discriminado por nosotros, póngase en contacto con USDA o HHS. Escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, 1400 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202)720-5964 (voz y teclado para sordos TDD). También puede escribir al HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D. C. 20201 o llamar al (202)619-0403 (voz) o (202)619-3257 (teclado para sordos TDD). Como proveedores y empleadores, USDA y HHS ofrecen igualdad de derechos.

DERECHO A LA PRIVACIDAD – Con esta solicitud, usted nos está entregando datos personales. Utilizamos esta información para averiguar su elegibilidad en cuanto a posibles derechos. Si no nos otorga los datos necesarios, podemos rechazar su solicitud. Tiene el derecho de revisar, cambiar o corregir cualquier dato. No podemos mostrar sus datos a terceros o entregárselos, al menos que usted nos dé permiso o cuando sea permitido bajo las leyes estatales y federales.

DERECHO DE EXIGIR “BUENA CAUSA” – Si requiere una Asistencia Provisional en Efectivo (TCA), debe ayudarle al Departamento para que procure el mantenimiento de sus dependientes. Es posible que no tenga que ayudarnos en caso de que corran peligro usted o su familia.

DERECHO DE RECHAZAR AYUDA – No tiene que aceptar la ayuda de una organización religiosa si va en contra de sus creencias religiosas.

TIENE LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES

ENTREGAR DATOS – Debe entregarnos datos completos y fidedignos. Es posible que tenga que darnos pruebas para respaldar esta información. Mantendremos la confidencialidad de sus datos.

Estamos autorizados a recoger datos, incluyendo el número de seguro social de cada miembro del hogar, para estas solicitudes bajo el Acta de Cupones de Alimentos de 1977 tal y como fue enmendada bajo U.S.C. 2011-2036, el Acta de Seguro Social §1137 (f) y 42 U.S.C. §1320b-7 (d). Utilizamos esta información para averiguar si su hogar es elegible o no. Revisamos esta información verificándola por medio de distintos programas de computadora.

También utilizamos esta información para averiguar si está cumpliendo con las reglas del programa. Podemos ponernos en contacto con su empleador, banco, o alguna otra parte. También podemos ponernos en contacto con las agencias locales, estatales o federales para confirmar que sus datos sean correctos. Podemos entregar sus datos a otras agencias federales o estatales para usos oficiales y también a aquellos oficiales de seguridad pública que los necesiten para encontrar a personas que huyen de la ley.

Si recibe demasiados beneficios, podemos entregar los datos de su solicitud, los cuales incluyen los números de seguro social, a las agencias federales o estatales tanto como las agencias de recaudación de fondos para que éstas tomen los pasos necesarios.

Usted nos entrega esta información bajo su propia voluntad. Si no nos da ciertos datos, tales como números de seguro social para todos los que desean asistencia, podemos negar beneficios a cada persona que no de su número de seguro social. Si no tiene un número de seguro social, le ayudaremos a conseguir uno.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

INFORMAR SOBRE LOS CAMBIOS – Debe informarnos sobre cualquier cambio dentro de diez (10) días, a menos que tenga un empleo y forme parte del grupo de informes simplificados para las Cupones de alimentos, siempre y cuando no reciba Asistencia Médica o Asistencia en Efectivo. En caso de querer saber si forma parte de este grupo o no, debe preguntar a su gerente de caso. Puede avisarnos sobre cualquier cambio en persona, por teléfono, o por correo dirigiéndose al Departamento.

AVISO – PODEMOS NEGAR, REDUCIR O DESCONTINUAR SUS BENEFICIOS SI NOS PROVEE CON INFORMACIÓN INCORRECTA O SI NO NOS INFORMA SOBRE CUALQUIER CAMBIO. PUEDE SER MULTADO/A O ENCARCELADO/A POR UN JUEZ SI NOS ENTREGA DATOS FALSOS O NOS DEJA DE INFORMAR SOBRE LOS CAMBIOS DELIBERADAMENTE.

SANCIÓN DE CUPONES DE ALIMENTOS – Los miembros del hogar no pueden:

- Dar datos falsos o retener información con el fin de obtener o seguir recibiendo Cupones de Alimentos
- Intercambiar o vender Cupones de Alimentos o tarjetas electrónicas de beneficios.
- Utilizar las Cupones para Alimentos para comprar bienes no permitidos, tales como alcohol y tabaco.
- Utilizar los beneficios de Cupones de Alimentos de otra persona.
- Utilizar la Tarjeta Electrónica de Beneficios de otra persona sin autorización previa.

Sus Cupones de alimentos no aumentarán si su caso de asistencia en efectivo se limita o se cierra porque usted dejó de cumplir con las reglas.

Si un miembro del hogar viola las reglas deliberadamente, podemos excluir a esa persona del Programa de Cupones para Alimentos.

- Podemos excluir a dicha persona durante **un año** a partir de la primera violación.
- Podemos excluir a dicha persona durante **dos años**:
 - * Después de la segunda violación, o
 - * Después de la primera ocasión en que la corte encuentre a esa persona culpable de haber comprado drogas ilegales con sus Cupones de Alimentos.
- Podemos excluir a dicha persona **indefinidamente**:
 - * Después de la tercera violación, o
 - * Después de la segunda ocasión en que la corte encuentre a esa persona culpable de haber comprado drogas ilegales con las Cupones de Alimentos, o
 - * Después de la primera ocasión en que la corte encuentre a esta persona culpable de haber comprado armas, balas o explosivos con las Cupones de Alimentos.
 - * Después de que la corte encuentre a esta persona culpable de traficar con beneficios de Cupones de Alimentos de un valor igual o mayor a \$500 dólares.
 - * Además, se puede excluir a dicha persona del programa durante un periodo de diez (10) años si se le encuentra culpable de haber hecho una afirmación falsa sobre su identidad con tal de recibir múltiples beneficios de forma simultánea.

Un juez también puede multar a esta persona por una cantidad no mayor de \$250 mil dólares, encarcelarla durante 20 años o menos, o ambas cosas. Un juez también puede excluir a esta persona del programa durante 18 meses adicionales. Es posible que la persona en cuestión tenga que enfrentar procesos adicionales bajo otras leyes federales.

SANCIÓN DE ASISTENCIA PROVISIONAL EN EFECTIVO (TCA) – Si un miembro de una unidad de asistencia es convicto de una Violación Intencional del Programa (IPV), todos los miembros de su familia perderán sus beneficios.

- En la primera ocasión, perderá sus beneficios durante **6 meses** o hasta que reembolse todo el dinero.
- En la segunda ocasión, perderá sus beneficios durante **2 meses** o hasta que reembolse todo el dinero.
- En la tercera ocasión, **ya no podrá recibir más beneficios TCA.**

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

AVISO Y SANCIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA (MEDICAID)– Solo en caso de ser elegible puede utilizar tarjetas de Asistencia Médica.

Cada persona convicta de un “Fraude de Asistencia Médica” en dinero, bienes, o servicios valorados en **\$500** o más es culpable de un delito mayor, y debe:

1. Reembolsar los servicios, bienes, o dinero; o el valor de aquellos servicios o bienes que fueron recibidos ilegalmente;
2. Sujetarse a una multa no mayor a \$10,000, ser encarcelado durante no más de cinco años, o ambas cosas.

Cada persona convicta de un “Fraude de Asistencia Médica” en dinero, bienes, o servicios valorados en \$500 dólares o menos es culpable de un delito menor, y debe:

1. Reembolsar los servicios, bienes, o dinero; o el valor de aquellos servicios o bienes que recibió ilegalmente; y
2. Sujetarse a una multa no mayor a \$1,000, ser encarcelado durante no más de tres años, o ambas cosas.

LEER ANTES DE FIRMAR:

Comprendo que puedo ser multado/a, encarcelado/a o estar sujeto/a a una reducción de beneficios si hago declaraciones falsas o si pretendo ser otra persona.

También comprendo que puedo ser castigado/a en caso de no dar información sobre aquellos cambios que pueden afectar mi elegibilidad o la cantidad de mis beneficios.

Comprendo que el Departamento puede utilizar esta solicitud en mi contra en la corte durante un proceso legal sobre un supuesto fraude.

Comprendo que dejar de verificar o informar sobre los gastos médicos, de vivienda, o para el mantenimiento de dependientes es equivalente a decir que no quiero la deducción que corresponde a aquellos gastos sobre los cuales no he verificado o informado.

Comprendo que el Departamento puede seleccionar mi caso para llevar a cabo una comprobación en sitio sin aviso previo.

Acepto que alguien del Departamento me visite en casa. Les ayudaré para que obtengan todas las pruebas necesarias de cualquier fuente.

Comprendo que cuando firmo esta solicitud, acepto la asistencia pública y/o médica y:

Acepto que la Parte B de la Asistencia Médica (Medicare Part B) pagará directamente a los médicos y proveedores de medicinas.

Concedo al Departamento el derecho de procurar los pagos del seguro médico privado o público, o de cualquier otra parte responsable. Comprendo que debo cooperar con el Departamento en la procuración de estos pagos. El Departamento puede exigir pagos sin recurrir a las acciones legales, siempre y cuando no se quede con una cantidad mayor de la que haya pagado antes la Asistencia Médica (Medicaid).

Concedo al Departamento el derecho de inspeccionar, revisar y fotocopiar todos los registros médicos para servicios que recibe a través del Programa de Asistencia Médica.

Comprendo que cuando una persona de 55 años o más se muere mientras recibe Asistencia Médica, el estado puede apropiarse dinero de su herencia para saldar los pagos hechos de parte de dicha persona. El programa puede apropiarse estos fondos solamente en caso de que no haya esposo/a, hijo/a menor de 21 años o hijo/a discapacitado o ciego/a (casado/a o soltero/a) de cualquier edad.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

SECCIÓN DE FIRMA

He leído esta solicitud completa, u otra persona la ha leído y me la ha explicado. Juro o declaro bajo pena de perjurio que toda la información que he dado es correcta, fidedigna y completa hasta el alcance de mis habilidades, creencias y conocimientos. He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades. Autorizo a cualquier persona, sociedad, empresa, asociación o agencia de gobierno que conozca hechos acerca de mi elegibilidad para entregarlos al Departamento. También autorizo el Departamento para que se ponga en contacto con cualquier persona, sociedad, empresa, asociación o agencia de gobierno que haya dado pruebas de mi elegibilidad en cuanto a estos beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio, que al firmar mi nombre y apellido aquí abajo, todas las personas de cuya parte solicito esta ayuda son ciudadanos de los Estados Unidos o inmigrantes cuya estancia en este país es legal.

Firma del Apicante / Recipiente	Fecha
Firma del Testigo (En caso de que haya firmado con "X")	Fecha
Firma del Esposo/a (Si se aplica)	
Firma de Representante Autorizado (Si se aplica)	Fecha
Firma del Gerente de Caso	Fecha
Retiro mi solicitud para <input type="checkbox"/> Ayuda en Efectivo <input type="checkbox"/> Cupones <input type="checkbox"/> Asistencia Médica	
Firma del Apicante/Recipiente/Representante Autorizado	Fecha

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

ASIGNACIÓN DE DERECHOS DE APOYO PARA AYUDA EN EFECTIVO TEMPORAL (TCA)

- Asigno al Estado de Maryland cualquier derecho, título o interés relacionado con la asistencia, que disponga de mi cuenta o de la de cualquier otra persona que recibe la Asistencia Provisional en Efectivo (TCA)
- Ésto incluye cualquier pago retrasado para el mantenimiento de dependientes que no se haya recaudado.
- Acepto que la agencia para el mantenimiento de dependientes recaude cualquier asistencia que se me debe y retenga una cantidad no mayor a la de la Asistencia Provisional en Efectivo (TCA) que se me pagó.
- Acepto enviar al Estado de Maryland cualquier asistencia que reciba. Si no entrego dicha asistencia, tendré que reembolsar esa cantidad al Estado de Maryland. En tal caso, puedo ser procesado/a por fraude.

En caso de ser elegible para la Asistencia Médica:

- Asigno todos los derechos, títulos e intereses relacionados con los pagos para el apoyo médico y seguro de salud de que disponga de mi cuenta o cualquier otra persona que reciba Asistencia Médica. Éso incluye aquellos pagos de apoyo médico o seguro de salud retrasados que no hayan sido recaudados.
- Acepto permitir que la agencia de apoyo infantil recaude los pagos de asistencia médica que se me deben y retenga en la misma cantidad de aquellos pagos de Asistencia Médica que hicieron de mi parte.
- Acuerdo darle al Estado de Maryland cualquier pago de apoyo médico o de seguro de salud que reciba.
- Colaboraré lo mejor que pueda y hasta el alcance de mi conocimiento con la agencia de apoyo infantil mientras esté recibiendo la Asistencia Provisional en Efectivo (TCA) y la Asistencia Médica (Medicaid).
- Si no coopero con la agencia de asistencia infantil, es posible que pierda todos mis beneficios y que se cierre mi caso.

HE LEIDO ESTAS AFIRMACIONES U OTRA PERSONA ME LAS HA LEIDO. COMPRENDO SU SIGNIFICADO. AL FIRMAR ABAJO, ME CONFORMO CON TODO LO QUE DICEN.

Firma	Fecha
-------	-------