



**Departamento de Servicios Humanos de Maryland
Administración de Inversiones Familiares
Solicitud de asistencia para una persona**

Fecha de recepción en el
Departamento local de la solicitud
firmada
DEBE TENER SELLO CON FECHA

Por favor imprima todas las respuestas

<input type="checkbox"/> Deseo solicitar: <input type="checkbox"/> Asistencia de dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Asistencia Médica <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (antes Programa de Suplemento Alimenticio) <input type="checkbox"/> Otros, detalle: _____	<input type="checkbox"/> Actualmente recibo: <input type="checkbox"/> Asistencia de dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Asistencia Médica: N°. ID _____ <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (antes Programa de Suplemento Alimenticio) <input type="checkbox"/> Otros, detalle: _____	¿Tiene facturas médicas no pagadas en los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	---

1. INFORMACION DE IDENTIFICACIÓN

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Jr. III, etc.	Apellido de soltera/Otro Nombre
----------	--------	----------------	---------------	---------------------------------

¿Qué idioma(s) habla? _____ ¿Necesita un intérprete? Sí No

¿Tiene problemas visuales? Sí No ¿Tiene problemas de audición? Sí No

2. DIRECCIÓN — ¿Dónde vive?

Número	Calle	Apto No.	Piso No.	Número de teléfono
Ciudad		Estado	Código Postal + 4	Número de contacto durante el día

3. DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)

Número	Calle	Apto No.	Piso No.	Número de teléfono
Apartado Postal	Ciudad	Estado	Código postal	

Si está solicitando el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (anteriormente Programa de Suplemento Alimenticio) puede llenar todo el formulario y dárnoslo ahora. También puede escribir su nombre, dirección, firmar esta página y dárnosla. Luego, puede terminar el resto de la solicitud en casa y traerla o enviarla por correo a la oficina. Su beneficio SNAP se basa en la fecha en que usted firma esta solicitud y se la da al Departamento de Asistentes Sociales. Usted puede recibir beneficios de SNAP de inmediato si cumple con una de las siguientes condiciones:

- El alquiler mensual o la hipoteca y los servicios públicos de su hogar son más que los ingresos y recursos de su hogar.
- El ingreso mensual bruto de su hogar es inferior a \$150, y sus recursos, como cuentas bancarias, son de \$100 o menos.
- Su hogar es un hogar de migrantes o trabajadores agrícolas estacionales.

Si califica para recibir beneficios de SNAP de inmediato, los recibirá dentro de los 7 días a partir de la fecha en que firme el formulario. Es posible que no reciba beneficios de SNAP acelerados, si es elegible, hasta que obtengamos un formulario de solicitud debidamente llenado y lo entrevistemos.

SU FIRMA	FECHA
----------	-------

4. SERVICIOS EXPEDIDOS (LOS CLIENTES NO DEBEN ESCRIBIR EN ESTA ZONA – PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE)

Los solicitantes que cumplan con los estándares a continuación son elegibles para recibir beneficios de SNAP dentro de los 7 días. Los clientes deben ser entrevistados, ya sea en persona o por teléfono, con el fin de determinar la elegibilidad para el servicio acelerado. La solicitud debe ser llenada, firmada, y la identidad ser verificada antes de que se puedan emitir beneficios acelerados.

- ¿El ingreso total del hogar este mes, antes de las deducciones, es inferior a \$150 Y el efectivo/ahorro del hogar \$100 o menos? Sí No
 Ingresos autoinformados estimados para este mes: \$ _____ El alquiler mensual del hogar o el monto de la hipoteca: \$ _____
 Efectivo y ahorros para todos los miembros: \$ _____ Estándar de servicios públicos apropiado (SUA, LUA o real) \$ _____
- A. Ingresos totales y recursos en efectivo: \$ _____ B. Costos totales de vivienda: \$ _____**
- ¿Es el importe total de B. (Total de gastos de vivienda) mayor que el total de A. (Ingresos totales y recursos en efectivo)? Sí No
 - ¿Los miembros del hogar son trabajadores agrícolas migrantes o estacionales cuyo dinero en efectivo y ahorros son de \$100 o menos? Sí No **Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, este hogar es potencialmente elegible para beneficios de SNAP acelerados**
 - Si hay otra razón por la que este hogar NO debe ser acelerado, enumere aquí: _____

Certifico que examiné a su solicitante para los beneficios acelerados del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria y determiné que el hogar era no era elegible para la emisión acelerada en este momento.

Firma del Administrador de Casos	Fecha
----------------------------------	-------

PARA USO DEL ASISTENTE SOLAMENTE	Oficina de LDSS	Programas que recibe / solicitó	Identificación de la Unidad de Asistencia
	Nombre del administrador de casos		
	Fecha de solicitud/re determinación		Identificación de cliente

5. REPRESENTANTE AUTORIZADO (SI LO DESEA)				
Nombre		Segundo nombre		Apellido
Número Calle		Ciudad		Estado
Número de teléfono		Relación con usted		
Marque lo que desea que haga el representante: <input type="checkbox"/> Llene la entrevista en su lugar <input type="checkbox"/> Cobre su cheque <input type="checkbox"/> Reciba sus avisos <input type="checkbox"/> Firme su solicitud <input type="checkbox"/> Cobre sus beneficios SNAP <input type="checkbox"/> Reciba su tarjeta e Asistencia Medica				
6. INFORMACION INDIVIDUAL Llene la siguiente sección.				
Apellido		Nombre		Segundo nombre
Apellido de soltera/otro nombre		Número de Seguro Social		número de seguro social adicional
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Etnia* (ver más abajo)		Raza* (ver más abajo)
Residente de Maryland <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Fecha probable de parto si está embarazada		¿Número de bebés esperados?
Recibe beneficios en otro Estado: ¿Asistencia pública? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Beneficios alimentarios? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Asistencia médica? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
¿Ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Estudiante? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿En huelga? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Discapacitado o incapacitado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Medicare Parte A <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Medicare #		
7. TRABAJADOR MIGRANTE		8. HUÉSPED Si usted es un huésped, llene las secciones siguientes:		
¿Es usted un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Número de comidas por día		Costo de las comidas por mes \$
8. ESTADO DE INMIGRACIONES — Si usted no es ciudadano de los EE.UU. llene esta sección				
Estado del INS		Fecha de estado recientemente legalizada		Extranjero patrocinado <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Fecha de entrada a EE.UU.		Número INS Maryland utiliza el sistema de Verificación y Elegibilidad Sistemática de Extranjeros o SAVE a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) anteriormente conocido como Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para verificar el estado extranjero de todos los solicitantes y beneficiarios de hogares de no ciudadanos. La información recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad y el monto del beneficio de su hogar.		
9. ESCUELA — Si está en la escuela, llene esta sección:				
Estado del estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo lleno <input type="checkbox"/> Medio día <input type="checkbox"/> Menos de medio día		Nivel educativo <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Otro, detalle: _____		Grado más alto terminado
Nombre de la escuela		Número de escuela		
Dirección de la escuela		Ciudad		Estado
				Código Postal + 4
10. DISCAPACIDAD — Si usted está discapacitado o incapacitado, ¿cuál es la discapacidad?				

*Utilice los siguientes códigos para llenar los bloques de raza y etnicidad. Introduzca cada código que corresponda, utilizando al menos un código para cada persona.

Códigos de Etnicidad: 1=Hispano o Latino, 2=No Hispano/Latino. **Códigos de raza:** Usted puede elegir uno o más código de raza - 1=Indígena americano / nativo de Alaska, 2=Asiático, 3=Negro/ Afroamericano, 4= Nativo Hawaiano / isleño del Pacífico, 5= Blanco

Nota: No tiene que dar información sobre su raza o etnia. Si lo hace, ayudará a mostrar cómo obedecemos la Ley Federal de Derechos Civiles. No usaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no nos da Su raza, no afectará a su aplicación. El administrador de casos introducirá un código de raza con fines estadísticos solamente. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar esta información.

11. SEGURO MÉDICO — Si tiene seguro médico, llene esta sección:						
Número de póliza		Número de grupo		Nombre del titular de la póliza		
Relación con la persona titular de la póliza						
DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA						
Número		Calle				
Ciudad		Estado		Código Postal + 4	Número de teléfono	
COMPAÑÍA DE SEGUROS						
Nombre de la compañía de seguros						
Número		Calle				
Ciudad		Estado		Código Postal + 4	Número de teléfono	
MUTUAL						
Nombre de la mutual					Número local de la Mutual	
Número		Calle				
Ciudad		Estado		Código Postal + 4	Número de teléfono	
12. INFORMACION DE VETERANO — Si usted es veterano o viuda o viudo discapacitado, o un hijo discapacitado de un veterano fallecido, llene esta sección:						
Nombre del veterano		Relación con el veterano		Estado del veterano	Número de servicio militar	
13. GASTOS MÉDICOS						
Si tiene 60 años o más, es ciego o discapacitado y solicita o recibe beneficios de SNAP, ¿tiene facturas médicas que debe pagar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>En caso afirmativo, lleve sus facturas.</i>						
14. ACTIVOS EN EFECTIVO — Llene para activos a partir del 1er día del mes. Marque Sí o No para cada TIPO DE ACTIVO						
TIPO DE ACTIVO	MARQUE UNO	Propietario	Cantidad Balance/valor	Cuenta Número	Número Fdic	Institución
Efectivo disponible	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$	N/A	N/A	N/A
Cuentas corrientes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$			
Cajas de ahorro	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$			
Cuentas de Cooperativas de Crédito	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$			
Fondos fiduciarios	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$			
Cuentas IRA o Keogh	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$			
Acciones, bonos, Certificados, Fondos del Mercado Monetario, fondos de inversión, tesorería u otras notas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$			
Anualidades:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$			
Otro, detalle:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$			
Otro, detalle:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$			
Otro, detalle:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$			

15. SEGURO DE VIDA Y PLANES FÚNEBRES — Si usted tiene algún seguro de vida o planes o fondos de entierro pre pagado, llene esta sección. Haga una lista de todas las políticas y planes sin importar quién las pague.						
NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA	VALOR NOMINAL ORIGINAL O VALOR DEL PLAN	VALOR ACTUAL EN EFECTIVO	NÚMERO DE PÓLIZA O NÚMERO DE CUENTA	SEGURO DE VIDA O PLAN DE ENTIERRO	EMPRESA, FUNERARIA O NOMBRE DEL BANCO	
	\$	\$				
	\$	\$				
16. PROPIEDAD INMUEBLE — Si posee una propiedad distinta de donde vive, llene esta sección. Incluya parcelas de entierro.						
Número	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal + 4		
¿Cómo se usa?		Mercado real actual	Cantidad adeudada ahora	Trata de venderla <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Número	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal + 4		
¿Cómo se usa?		Mercado real actual	Cantidad adeudada ahora	Trata de venderla <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
17. OTROS ACTIVOS — Si posee otros activos no listados, como antigüedades, barco, vehículo recreativo, colecciones de monedas, pieles, joyas, ganado o colecciones de sellos, llene las secciones siguientes:						
TIPO DE ACTIVO		VALOR REAL DE MERCADO ACTUAL		MONTO ADEUDADO		
		\$		\$		
		\$		\$		
18. ACTIVO O INGRESO POTENCIAL — Si usted está esperando recibir una liquidación por accidentes, fondo fiduciario, herencia u otro dinero o propiedad, llene esta sección.						
Tipo			Nombre del abogado			
Explicación			Teléfono del abogado			
19. TRANSFERENCIA DE ACTIVOS — Si usted vendió, negoció o dio cualquier propiedad, vehículos de motor, acciones, bonos, efectivo u otros activos en los últimos 3 años (5 años para un fideicomiso), llene estas secciones:						
Fecha de transferencia	¿Quién recibió el activo?		Tipo de activos			
Valor real de mercado cuando se transfiere		Cantidad recibida	Motivo de la transferencia			
20. INGRESOS DE TRABAJO — Si está trabajando ahora, llene esta sección. Si no es así, enumere el último trabajo que ha tenido. Incluya trabajo a tiempo completo, a tiempo parcial o temporal o de trabajo por cuenta propia, como poseer un negocio, ingresos de habitación o por un huésped, niñera, demostraciones en el hogar, limpieza de casas, trabajos eventuales, etc.						
NOMBRE DEL EMPLEADOR (INCLUYA DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO)		Tasa de pago	Número de horas trabajadas	Importe por período de pago	Frecuencia de pago	Si el trabajo terminó, fecha y monto del último pago

21. OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS — Marque si está recibiendo, ha solicitado o le ha sido denegado cualquiera de los siguientes. Incluya cualquier ingreso que no se enumere aquí:

TIPO DE BENEFICIO	Recibe beneficios	Cantidad (Mensual)	ESTADO DE LA SOLICITUD	SOLICITUD O FECHA DE DENEGACIÓN
Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	No corresponde	No corresponde
Manutención infantil	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Reclamación del seguro social:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Reclamación de SSI:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Reclamo de beneficios de jubilación ferroviaria:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Pensión/beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Compensación al trabajador	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Pensión o jubilación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	No corresponde	
Discapacidad/beneficios por enfermedad /maternidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios de la mutual	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Asignación militar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Dinero de amigos o parientes (préstamos y otros)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	No corresponde	No corresponde
Dinero de los ingresos del alquiler	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	No corresponde	No corresponde
Beneficios por trabajo insalubre	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	No corresponde	No corresponde
Importes de suma total	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	No corresponde	No corresponde
Anualidad del servicio civil	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	No corresponde	No corresponde
Asistencia pública/beneficios estatales por discapacidad de otro estado	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Intereses o dividendos de acciones, bonos, ahorros u otras inversiones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	No corresponde	No corresponde
Ganancias de juegos de azar o lotería	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	No corresponde	No corresponde
Otros ingresos (<i>no mencionados anteriormente</i>) Especifique _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado (Si corresponde)	(Si corresponde)

22. COSTOS DE VIVIENDA — ¿Está pagando por cualquiera de los siguientes? Llene sólo si está solicitando beneficios de SNAP

Gastos	Marque uno	Cantidad	¿Con qué frecuencia se paga?	¿Quién paga?	Gastos	Marque uno	Cantidad	¿Con qué frecuencia se paga?	¿Quién paga?
Alquiler	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$			Alcantarilla	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		
Hipoteca	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$			Basura	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		
Electricidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$			Expensas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		
Aceite	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$			Seguro de propietario (si no está incluido en la hipoteca)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		
Gas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$							
Impuestos a la propiedad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$			Otros costos de servicios públicos, detalle	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		
Teléfono	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$			Otros costos de servicios públicos, detalle	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		
Agua	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$			Otros costos de servicios públicos, detalle	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		

23. TIPO DE GASTOS COMPARTIDO	CON QUIÉN	IMPORTE TOTAL DE GASTOS COMPARTIDOS	CANTIDAD DE SU PARTE
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

24. INFORMACIÓN ADICIONAL

25. CONSULTA DE DECLARACIONES DEL HOGAR – Llenar si está solicitando asistencia temporal de efectivo beneficios de SNAP

1. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por:

a. un delito de líder de la droga en o después del 22 de agosto de 1996?

(Un líder de la droga, un supervisor, un financiero o un gerente que actúa como coconspirador en una conspiración para fabricar, distribuir, entregar, transportar o traer al Estado una sustancia peligrosa controlada).

SÍ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

b. un delito de consumo de drogas del distribuidor de volumen a partir del 22 de agosto de 1996?

(Distribuidor de volumen - Un individuo, que fabrica, distribuye, entrega o posee ciertas cantidades de una sustancia peligrosa controlada).

SÍ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

2. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado después del 7 de febrero de 2014 por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otros abusos de niños, agresión sexual tal como se define en la Ley de Violencia contra la Mujer de 1994, o una ley estatal similar, y tampoco cumple con los términos de su sentencia?

SÍ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

3. ¿Hay alguien en su hogar actualmente violando la libertad condicional o a prueba o huyendo de la policía o de los tribunales?

SÍ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

4. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado desde el 22 de agosto de 1996 en un Tribunal Federal o Estatal por no decir la verdad sobre dónde vivía o su identidad para recibir beneficios de SNAP o asistencia en efectivo de más de un lugar en el mismo mes?

SÍ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

5. ¿Ha condenado un tribunal a algún miembro de su hogar por comerciar o por traficar con beneficios de SNAP de \$500 o más?

SÍ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

6. ¿Hay alguien en su hogar recibiendo beneficios bajo otra identidad o como miembro de otro hogar o en otro ¿Estado?

SÍ NO En caso afirmativo,

¿quién? _____

Derechos y responsabilidades

Datos que usted debe saber acerca de la solicitud de Asistencia Temporal en Efectivo, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (anteriormente Programa de Suplemento Alimenticio) y Asistencia Médica.

Números de Seguro Social

- Debe darnos un número de seguro social para cada miembro de la familia que quiera beneficios.
- Si una persona que quiere beneficios no tiene un número de seguro social, esa persona debe solicitar un número. Podemos ayudar a los solicitantes a obtener sus números.
- Si un miembro de la familia ha solicitado un número de seguro social, no retrasaremos su solicitud mientras espera el número.
- Usamos números de seguro social para probar los ingresos. No damos números a otras agencias como Inmigración y Control de Aduanas.

Ciudadanía y estado migratorio

- Usted debe informarnos acerca de la ciudadanía y el status migratorio para cada miembro de la familia que quiere beneficios.
- Maryland utiliza el sistema de Verificación y Elegibilidad Sistemática para Extranjeros o SAVE a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) anteriormente conocido como Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para verificar el estado extranjero de todos los solicitantes y beneficiarios de hogares de no ciudadanos. La información recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad y el monto del beneficio de su hogar.

Información

- Si un miembro de la familia omite hablar de ciudadanía, estatus migratorio o número de seguro social, esa persona no recibirá beneficios.
- Aun así deben darnos prueba de ingresos, gastos y otras cosas.
- Los otros miembros de la familia que nos dan su información obtendrán beneficios si cumplen con las reglas.

Asistencia Médica de Emergencia

Los inmigrantes que no son elegibles para otro tipo de asistencia médica y solicitan sólo asistencia médica de emergencia no tienen que decirnos su número de seguro social, inmigración o estatus de ciudadanía.

Límites de tiempo

- La Asistencia Temporal en Efectivo tiene límites de tiempo.
- El Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (anteriormente Programa de Suplemento Alimenticio) y la Asistencia Médica no tienen un límite de tiempo.
- Cuando la Asistencia Temporal en Efectivo termina debido a límites de tiempo, ganancias u otras razones, aun puede recibir beneficios de Suplemento De Alimentos y Asistencia Médica.

Entrevistas

- Usted, un miembro responsable de la familia o alguien a quien decida representarlo debe ser entrevistado.
- En la mayoría de los casos podemos entrevistarle por teléfono.
- Debe darnos o enviarnos la prueba que le pedimos en su entrevista.

Si necesita ayuda

Si necesita ayuda, para solicitar beneficios, o tiene preguntas, o necesita servicios de traducción, llame a su administrador de casos o llame al 1-800-332-6347.

Si necesita ayuda para llenar el formulario favor de llamar al 1-800-332-6347.

La Administración de Inversiones Familiares se compromete a dar acceso y adaptaciones razonables en sus servicios, programas, actividades, educación y empleo para personas con discapacidades. Si necesita ayuda o necesita solicitar una adaptación razonable, comuníquese con su administrador de casos o llame al 1-800-332-6347 o llene el formulario en la página siguiente.

Solicitar una adaptación razonable:

Si usted es una persona con una discapacidad, puede tener derecho a una adaptación razonable para ayudarlo a acceder a las actividades, programas y servicios del DHS. Esto se aplica incluso si usted está trabajando con un departamento local de servicios sociales o un proveedor que proporciona servicios para los clientes del DHS.

Una adaptación razonable es una modificación o ajuste a una actividad, programa o servicio que ayuda a una persona calificada con una discapacidad a tener acceso significativo a las actividades, programas y servicios del DHS.

Ejemplos de adaptaciones razonables:

Discapacidad auditiva: Intérprete de lenguaje de señas y brindar un dispositivo de escucha de asistencia.

Discapacidad visual: Tener un lector calificado que lee a un cliente.

Impedimentos de movilidad: enviar formularios por correo a un cliente y se reunir con un cliente en un lugar más accesible.

Discapacidades del desarrollo: Tener las cosas por escrito; tomar descansos; programar citas en torno a las necesidades médicas de un cliente.

Puede solicitar una adaptación razonable al departamento local de servicios sociales o a un proveedor en cualquier momento. Su solicitud puede ser oral o escrita. Una solicitud de una adaptación razonable se puede hacer en persona, por escrito o por teléfono. No hay palabras en particular que deba utilizar para solicitar una adaptación. Usted o alguien que lo ayude puede solicitarla. Si necesita solicitar una adaptación razonable debido a su discapacidad, debe hablar con el administrador del caso o el supervisor o el coordinador de acceso al cliente en su departamento local. Puede solicitar al administrador de casos el nombre del Coordinador de Acceso al Cliente en su departamento local. Puede utilizar el formulario en el reverso de este aviso. También puede solicitar más información en la recepción.

1. Marque 7-1-1 o [800-735-2258](tel:800-735-2258) para iniciar una llamada TTY a través de Maryland Relay.
2. El saludo por escrito del Operador de Retransmisión de Maryland, incluido el número de identificación del Operador, se mostrará en su teléfono TTY o VCO.
3. Cuando el Operador haya terminado de escribir, verá las letras "GA" Esto significa "Adelante".
4. Escriba el número de la persona a la que desea llamar, junto con las instrucciones especiales de llamada. A continuación, escriba "GA".

Solicitud de alojamiento razonable

Nombre de la persona que necesita una adaptación:	Nombre de la persona que solicita una adaptación:
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código Postal:	Número de teléfono:
Naturaleza de la discapacidad o deterioro (especificar):	
Ubicación del Departamento local de Servicios Sociales:	
Solicitud de adaptación (tipo de adaptación solicitada). Por favor, imprima o escriba. Sea tan específico como pueda. Si es necesario, adjunte páginas adicionales.	
Nota: Si solicita servicios de lenguaje de señas , especifique el tipo: Intérprete de lenguaje de señas estadounidense (ASL), Intérprete certificado de sordos (CDI) o Traducción en tiempo real para acceder a la comunicación (CART). Dé toda información adicional que pueda ayudarnos a brindar una adaptación razonable (especificar):	
Firma del cliente/solicitante _____ Fecha: _____	
Devuelva este formulario al administrador de casos o al coordinador de acceso al cliente en su departamento local de servicios sociales. Sólo para uso de la oficina Fecha de recepción de la solicitud: Acción tomada: _____ _____ _____	
Firma del CAC: _____ Fecha _____	

Igualdad de Derechos– Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos también prohíbe la discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja del programa de discriminación, llene el [Formulario de queja por discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta al USDA por:

- 1) Correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- 2) Fax: (202) 690-7442; O
- 3) [Correo electrónico: program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Para toda otra información relacionada con los problemas del Programa Suplementario de Alimentos (SNAP), las personas deben comunicarse con el Número de Línea Directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español o llamar a la [Información del Estado / Números de Línea Directa](#) (haga clic en el enlace para una lista de números de línea directa por Estado); que se encuentra en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja de discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS): Director del HHS, Oficina de Derechos Civiles, Sala 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.

Derecho a aviso escrito – Siempre debemos darle un aviso por escrito explicando sus beneficios cuando aprobemos su caso. Siempre debemos darle un aviso por escrito cuando cambiemos sus beneficios, deneguemos o cerremos su caso. Tiene 90 días a partir de la fecha de notificación para solicitar una audiencia. Si solicita una audiencia en un plazo de 10 días, es posible que pueda seguir recibiendo beneficios mientras espera la audiencia.

Derecho a apelar – Solicite una audiencia si no está de acuerdo con la decisión del Departamento. Su administrador de casos puede ayudarle a escribir su apelación. En la audiencia, puede hablar por sí mismo o traer a un abogado, amigo o pariente para hablar por usted.

Derecho a la privacidad – Usted está dando información personal en la solicitud. Usamos la información para ver si usted es elegible para beneficios. Si no presenta la información, podemos denegar su solicitud. Usted tiene derecho a revisar, cambiar o corregir cualquier información. No mostraremos su información ni se la daremos a otros a menos que usted nos dé permiso o la ley federal y estatal nos lo permita.

Derecho a reclamar una buena causa – Si desea asistencia temporal en efectivo (TCA), debe ayudar al Departamento a obtener manutención infantil.

Es posible que no tenga que ayudar si lo pone a usted o a su familia en peligro.

Derecho a rechazar la ayuda – Usted no tiene que aceptar la ayuda de una organización religiosa si está en contra de sus creencias religiosas.

Derecho al procesamiento oportuno de solicitudes – Si usted es elegible para obtener beneficios acelerados del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, debemos darle sus beneficios dentro de los 7 días. Para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria regular y otros programas, excepto ciertos programas de Asistencia Médica, debemos procesar su solicitud dentro de los 30 días. Hay ocasiones en las que hay un retraso en el procesamiento. Si hay un retraso, le enviaremos una carta para indicarle por qué hay retraso en el procesamiento de su solicitud. Si usted está encarcelado o en otra institución de este tipo y presenta una solicitud de beneficios de Suplemento Alimenticio o asistencia en efectivo, es posible que no reciba beneficios de SNAP o en efectivo hasta que sea liberado. La fecha de presentación de su solicitud de asistencia será la fecha de su liberación de la institución, si es menos de 30 días a partir de la fecha en que su solicitud firmada fue recibida en el departamento local. Los beneficios de SNAP se emiten a partir de la fecha de su lanzamiento en función de la fecha de su solicitud.

Autorización para recibir información de planificación familiar

Si desea información, puede solicitar a su administrador de casos una Guía de planificación familiar. También puede ponerse en contacto con:

- 1-800-546-8900 si necesita ayuda para encontrar un proveedor para el control de la natalidad o para organizar la atención prenatal, o con el Centro para la Salud Materno Infantil al 410-767-6713 <https://phpa.health.maryland.gov/mch/Pages/home.aspx>

Tiene las siguientes responsabilidades

Presentar información: debe presentar información verdadera y completa. Es posible que deba darnos una prueba de esta información. Mantendremos esta información privada. Cualquier retraso en la provisión de la prueba puede resultar en que su caso sea retrasado o negado.

La recopilación de información de la solicitud, incluido el número de seguro social de cada miembro del hogar, está autorizada en virtud de la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008, U.S.C.2011-2036, la Ley de Seguridad Social n°. 1137(f) y 42 U.S.C. n°. 1320b-7(d). Usamos la información para averiguar si su hogar es elegible. Comprobamos esta información haciendo coincidir los programas informáticos.

También utilizamos la información para ver si cumple con las reglas del programa. Podemos contactar a su empleador, banco u otra parte. También podemos comunicarnos con agencias locales, estatales o federales para asegurarnos de que la información sea correcta. Podemos dar su información a otras agencias federales o estatales para uso oficial y a agentes de la ley que lo necesitan para encontrar personas que huyen para evitar la ley.

Si usted obtiene demasiado en beneficios:

- Es posible que tenga que pagar el dinero por los beneficios, y
- Podemos dar la información de la solicitud, incluyendo números de seguridad social, a agencias federales o estatales, así como agencias privadas de cobro de reclamos, para la acción.

Dar información es voluntario. Si no nos da información como números de seguro social para todos los que quieren ayuda, podemos negar beneficios para cada persona que no da un número de seguro social. Si no tiene un número de seguro social, le ayudaremos a obtener uno.

Cambios en el informe - Debe informar todos los cambios dentro de los 10 días a menos que sea parte del grupo de informe simplificado del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) y no esté recibiendo Asistencia en Efectivo o Asistencia Médica. Si quiere saber si es parte de este grupo, pregúntele a su administrador de casos. Puede informarnos sobre cualquier cambio en persona, por teléfono o por correo al Departamento.

Nota: Para todos los clientes de SNAP, incluidos los que son beneficiarios de informe simplificados:

1. Si recibe ganancias de lotería/juegos de azar por un monto igual o superior a \$3,500, debe informar la cantidad y la fecha en que las ganancias recibidas al departamento local dentro de 10 días
2. Si usted es un hombre adulto capaz sin dependientes (ABAWD), si sus horas de trabajo disminuyen por debajo de las 80 horas al mes, debe reportar el cambio al Departamento Local dentro de los 10 días.

Advertencia – Podemos negar, reducir o detener sus beneficios si nos da información incorrecta o no informa cambios. Un juez puede multarlo y/o encarcelarlo si deliberadamente da información incorrecta o no informa cambios.

Requisitos de trabajo para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

Las personas que soliciten o reciban beneficios de Suplemento Alimentario (SNAP) deben conocer y comprender la siguiente información sobre el registro de trabajo de SNAP y los requisitos de trabajo. Los requisitos de trabajo de SNAP están cubiertos por la ley federal en 7 CFR 273.24.

Todas las personas mayores de 18 años deben estar inscritas para trabajar a menos que estén exentas de otra manera, porque son: mayores de 60 años, están cuidando a un niño menor de 6 años que vive en su hogar, solicitaron o reciben prestaciones de desempleo, están trabajando por cuenta propia un mínimo de 30 horas o más por semana al equivalente del salario mínimo federal, están asistiendo a una escuela o institución reconocida de educación superior al menos a medio tiempo, o la persona no está mentalmente o físicamente apta para el trabajo. El registro laboral no es lo mismo que la participación.

A partir del 1 de enero de 2016, las personas capaces sin dependientes (ABAWDS), de entre 18 y 50 años, que no estén exentas para el registro laboral en virtud de una de las razones anteriores o que residen en un área que se designe como exenta, están obligadas a estar inscritas en el trabajo y participar en un programa de trabajo /actividad o estar empleadas.

Estas personas conocidas como ABAWDS sólo pueden recibir beneficios de SNAP durante tres meses en un período fijo de 36 meses a menos que la persona esté empleada o participe en una actividad laboral o educativa aprobada de un mínimo de 80 horas al mes. Es posible que la persona no reciba beneficios de SNAP de nuevo hasta que cumpla con los requisitos de trabajo. Recibirá información adicional del administrador del caso y la información está disponible en el sitio web del DHSen: <http://dhs.maryland.gov/food-supplement-program/able-bodied-adults-without-dependents-abawds/>.

Representantes autorizados – En la mayoría de los casos, si su representante autorizado nos da información incorrecta, tendrá que devolver cualquier cantidad que se le pague en exceso.

Si su representante autorizado a sabiendas nos da la información incorrecta o no utiliza sus beneficios correctamente, podemos descalificar a la persona de ser un representante autorizado y procesarla por fraude bajo la ley estatal y federal.

Si un centro de tratamiento de drogas y alcohol o un hospedaje grupal actúa como su representante autorizado para sus beneficios alimenticios y nos da intencionalmente información incorrecta sobre su situación, podemos procesarlo bajo la ley estatal o federal aplicable.

Sanciones del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria y TCA

No:

- Presente información falsa o retenga información para obtener o continuar recibiendo beneficios de TCA y/o SNAP.
- Opere o venda beneficios de TCA o SNAP, o tarjetas de beneficios electrónicos.
- Use TCA y SNAP o tarjetas electrónicas de beneficios para comprar artículos no permitidos, como alcohol y tabaco o para pagar en cuentas de crédito.
- Use los beneficios de TCA o SNAP de otra persona.
- Utilice la tarjeta electrónica de beneficios de otra persona sin autorización.
- Utilice su tarjeta EBT que contenga beneficios de TCA en una licorería, un lugar de entretenimiento para adultos, como un club de striptease o en un establecimiento de juegos de azar 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 miembro del hogar rompe deliberadamente las reglas, podemos impedir que la persona obtenga los beneficios de TCA o SNAP.

- Podemos impedir que esta persona se beneficie durante un año después de la primera infracción.
- Podemos impedir que esta persona se beneficie por dos años:
 - Después de la segunda violación, o
 - Después de la primera vez que un tribunal encuentra a esta persona culpable de comprar drogas ilegales con beneficios de TCA o SNAP.
- Podemos impedir que esta persona se beneficie permanentemente:
 - Después de la tercera infracción;
 - Después de la segunda vez, si un tribunal encuentra a una persona culpable de comprar drogas ilegales con beneficios de TCA o SNAP;
 - Después de la primera vez que un tribunal encuentra a esta persona culpable de comprar armas, balas o explosivos, con beneficios de TCA o SNAP; O
 - Después de que un tribunal encuentre a esta persona culpable de tráfico TCA o SNAP beneficios de \$500 o más.
- Podemos impedir a esta persona que se beneficie durante 10 años si es encontrada culpable de hacer una declaración falsa sobre la identidad de la persona para recibir múltiples beneficios al mismo tiempo.

Un juez también puede multar a esta persona hasta \$250,000, encarcelarla por hasta 20 años, o ambas. Un juez también puede solicitar a esta persona 18 meses adicionales de cárcel. La persona también puede tener que enfrentar un mayor procesamiento bajo otras leyes federales.

Tarjeta SNAP/EBT: Reemplazos de tarjetas múltiples

Las personas que soliciten cuatro o más tarjetas de independencia de reemplazo en un año pueden ser remitidas a la Oficina del Inspector General para la investigación de tráfico de beneficios.

Advertencia y penalización de Medicaid: sólo use tarjetas de asistencia médica si es eligible.

Toda persona condenada por "Fraude de Medicaid" con un valor de **\$500** o más en dinero, servicios o bienes es culpable de un delito criminal, y deberá:

1. Pagar dinero, servicios o bienes; o el valor de esos servicios o bienes recibidos ilegalmente;
2. Estar sujeto a una multa de no más de \$10,000, encarcelado por no más de cinco años, o ambos.

Toda persona condenada por "Fraude de Medicaid" con un valor inferior a \$500 en dinero, servicios o bienes es culpable de un delito menor, y deberá:

1. Pagar dinero, servicios o bienes; o el valor de esos servicios o bienes recibidos ilegalmente;
2. Ser multado no más de \$1,000 y encarcelado por no más de tres años o ambos.

Lea antes de firmar:

Entiendo que es importante dar información verdadera y si no lo hago, estoy violando la ley.

Entiendo que puedo ser multado, encarcelado o reducir mis beneficios por hacer declaraciones falsas o por pretender ser otra persona.

Sé que puedo ser castigado por no reportar cambios que puedan afectar mi elegibilidad o monto de beneficio.

Entiendo que si obtengo más beneficios de Suplemento Alimenticio de los que debería, todos los miembros adultos de mi hogar son responsables de pagar la deuda.

Sé que el Departamento puede usar la solicitud en mi contra en un tribunal para el fraude.

Sé que no informar o verificar los gastos de vivienda, cuidado médico o dependiente o pagos de manutención infantil es lo mismo que decir que no quiero una deducción por los gastos que no verifiqué ni informé.

Entiendo que el Departamento puede verificar la información en este formulario para ver si es correcta y puede seleccionar mi caso para una verificación puntual, como para una Revisión de control de calidad.

Estoy de acuerdo en permitir que alguien del departamento me visite en casa. Les ayudaré a obtener todas las pruebas necesarias de cualquier fuente.

Entiendo mediante la firma de esta solicitud:

- Acepto asistencia en efectivo y/o asistencia médica.
- Estoy de acuerdo en que la Parte B de Medicare realizará pagos directamente a médicos y proveedores médicos.
- Doy al Departamento el derecho de solicitar el pago de un seguro médico privado o público y de cualquier tercero responsable. Entiendo que debo cooperar con el departamento para asegurar tales pagos. El Departamento puede solicitar el pago sin acción legal, siempre y cuando no contenga más de la cantidad pagada por asistencia médica.
- Doy al Departamento el derecho de inspeccionar, revisar y copiar todos los registros médicos de los servicios recibidos a través del Programa de Asistencia Médica.

Entiendo que cuando una persona ha fallecido y tenía al menos 55 años al recibir Asistencia Médica, el estado puede tomar dinero del patrimonio para devolver los pagos realizados en nombre de esa persona. El programa puede tomar el dinero sólo si no hay un cónyuge sobreviviente, un hijo soltero menor de 21 años, o un hijo ciego o un discapacitado (casado o soltero) de cualquier edad.

Sección de firmas

Entiendo que, como lo exige la ley de Maryland, ciertas agencias policiales que investigan el fraude pueden obtener información sobre mi solicitud, ingresos, beneficios y otra documentación como parte de su investigación. Si bien el acceso a mi solicitud y a mi información sobre beneficios es normalmente limitado (en virtud del Artículo de Servicios Humanos del Código Md. 1-201), estos límites no se aplican a estos organismos de investigación. Tales agencias incluyen la Oficina del Inspector General del Departamento de Servicios Humanos. Entiendo que no necesito dar mi consentimiento a estas agencias para que investiguen cualquier acusación de fraude en mi contra. Cualquier información encontrada como resultado de la investigación puede ser utilizada en mi contra si una acusación de fraude es procesada.

He leído o alguien ha leído y explicado toda la solicitud para mí. Juro o afirmo bajo pena de perjurio, que toda la información que di es verdadera, correcta y completa de acuerdo con mi capacidad, creencia y conocimiento. Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades. Autorizo a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que conozca los hechos sobre mi elegibilidad para dar esa información al Departamento. También autorizo al Departamento a ponerse en contacto con cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que haya dado prueba de mi elegibilidad para beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio, que al firmar mi nombre a continuación, todas las personas para las que estoy solicitando son ciudadanos estadounidenses, inmigrantes legalmente admitidos o individuos en un estatus migratorio satisfactorio.

Firma del solicitante/destinatario		Fecha
Firma del testigo (si firmó una X)		Fecha
Firma del cónyuge (si corresponde)		Fecha
Firma del Representante Autorizado (si corresponde)		Fecha
Firma del Administrador de Casos		Fecha
No deseo solicitar asistencia en este momento. Retiro mi solicitud para:		
<input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria <input type="checkbox"/> Asistencia Médica		
<input type="checkbox"/> Asistencia de Emergencia a Familias y Niños		
Firma del solicitante, destinatario, representante autorizado		Fecha
Nombre del Solicitante en imprenta		

Asignación de derechos de apoyo para la asistencia temporal en efectivo

- Asigno al Estado de Maryland todos los derechos, títulos e intereses de apoyo que pueda tener para mí o para cualquier persona que reciba TCA, recogido desde el momento en que firmo este acuerdo hasta que finalice mi asistencia.
- Esto incluye cualquier apoyo atrasado que no se haya recogido durante el tiempo que yo o cualquier persona recibí asistencia de TCA.
- Acepto que la agencia de manutención de niños recoja cualquier manutención que se me adeude y que se la quede hasta la cantidad de TCA que se me pagó.
- Acepto enviar al Estado de Maryland cualquier apoyo que reciba. Si no entrego este apoyo, tendré que devolver esta cantidad al estado de Maryland. También puedo ser procesado por fraude.

Cuando soy elegible para asistencia médica:

- Asigno todos los derechos, títulos e intereses en el apoyo médico y los pagos de seguro médico que pueda tener para mí o cualquier persona que reciba Asistencia Médica. Esto incluye apoyo médico atrasado o pagos de seguro de salud que no se han cobrado.
- Estoy de acuerdo en que la agencia de manutención infantil cobre los pagos de manutención médica que se me adeudan y que se mantengan a la cantidad de pagos de Asistencia Médica que se hicieron por mí.
- Acepto darle al Estado de Maryland cualquier apoyo médico o pago de seguro médico que reciba.
- Cooperaré lo mejor que pueda y conocimiento con la agencia de manutención infantil mientras recibo TCA y Asistencia Médica
- Si no coopero con la agencia de manutención infantil, puedo perder todos mis beneficios y mi caso puede ser cerrado
- Entiendo que si tengo un hijo/a adicional mientras recibo TCA o Asistencia Médica, acepto seguir todos los requisitos para ese niño o de lo contrario mi TCA o MA puede cerrarse.

He leído estas declaraciones o alguien me las ha leído. Entiendo lo que significan. Al firmar mi nombre a continuación, acepto cumplir lo que dice el documento.

Firma:

Fecha: