

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE MARYLAND
ADMINISTRACIÓN DE INVERSIONES FAMILIARES

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA

Fecha de firma de solicitud
Recibido en el
departamento local

**DEBE TENER LA FECHA
SELLADA**

Para uso exclusivo del administrador de casos:

Oficina del LDSS Nombre del administrador de casos Fecha de asignación Hora de asignación ID de AU

¿CUÁL ES SU EMERGENCIA?

¿Usted o alguien que vive con usted ha solicitado o recibido beneficios de asistencia de emergencia, asistencia pública o SNAP en Maryland? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo: ¿Quién los solicitó? ¿Qué tipo?	ID de cliente	Fecha de la última asistencia
			Monto recibido \$

¿Usted o alguien que vive con usted ha recibido beneficios de asistencia de emergencia, asistencia pública o SNAP en otro estado? En caso afirmativo, ¿quién? _____

Tipo: _____ Fecha de la última asistencia recibida: _____

1. INFORMACIÓN PERSONAL {CLRE/DEM2/ALAS} Complete la sección a continuación para usted y todas las personas que viven con usted. Escriba su nombre primero:

NOMBRE Apellido primer nombre segundo Jr. III, etc. de soltera/otro	Relación con USTED	Fecha de nacimiento mes/día/año	Número de Seguro Social	Sexo M/F	*Etnia	*Raza	¿Ciudadano de EE. UU.? ?	Estado de INS
	YO						<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

*Use los códigos siguientes para completar los bloques de Raza y Etnia. Indique cada código que corresponda y use al menos un código para cada persona. **Códigos de etnia:** 1 = hispano o latino, 2 = no hispano/latino. **Códigos de raza: puedes elegir uno o más códigos de raza.** 1 = indio americano/nativo de Alaska, 2 = asiático, 3 = negro/afroamericano, 4 = nativo de Hawái/isleño del Pacífico, 5 = blanco

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

¿Está usted o alguien que vive con usted embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿quién? _____	¿Cuál es la fecha de parto? _____
--	-----------------------------------	-----------------------------------

¿Qué idioma habla? inglés español otro _____

Si no habla inglés y necesita servicios de traducción gratuitos, informe a su administrador de casos.

¿Tiene una discapacidad visual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene problemas de audición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

2. ¿DÓNDE VIVE? {NAME}

Número Calle N.º de apt. N.º de piso	Número de teléfono
Ciudad Estado Código postal + 4	Número de teléfono para comunicarse con usted.

3. INDIQUE SU DIRECCIÓN POSTAL SI ES DIFERENTE DE DONDE VIVE {NAME}

Número Calle N.º de apt. N.º de piso
P.O. Box Ciudad Estado Código postal + 4

4. DIRECCIÓN ANTERIOR {ADDR/PRE} Indique cualquier otra dirección donde haya vivido en los últimos 12 meses:

Número Calle N.º de apt. N.º de piso
P.O. Box Ciudad Estado Código postal + 4

¿Cuándo vivió allí? Desde _____ hasta _____

5. REPRESENTANTE AUTORIZADO (si lo desea) {CIRC/AURP} Indique el nombre y la dirección de su representante autorizado:

Nombre {primer nombre, segundo y apellido}	Relación con usted	Número de teléfono
Número Calle N.º de apt. N.º de piso	P.O. Box Ciudad Estado	Código postal + 4

Marque lo que quiere que haga el representante: Completar la entrevista por usted Firmar su solicitud
 Recibir sus avisos

6. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR {EAFI/VEND} Indique el nombre y la dirección de la persona o la empresa a la que se le pagará (si no es usted):								
Nombre (primer nombre, segundo y apellido)				Número de Seguro Social o número de identificación federal {de la empresa}			Número de teléfono	
Número	Calle	N.º de apt.	N.º de piso	P.O. Box	Ciudad	Estado	Código postal + 4	
7. BIENES (EAWS) Si usted o alguien que vive con usted tiene los activos enumerados abajo, complete los montos.								
TIPO DE ACTIVO	MONTO	TIPO DE ACTIVO	MONTO	TIPO DE ACTIVO	MONTO	TIPO DE ACTIVO	MONTO	TIPO DE ACTIVO
Cuenta de ahorro/cooperativa de crédito	\$	Cuenta corriente	\$	Efectivo	\$			
Propiedad que no sea el hogar	\$	Acciones/bonos	\$	Seguro	\$			
Otro, indique: _____		Otro, indique: _____	\$		\$			
8. RECURSO COMUNITARIO (EAWS) Si usted o alguien que vive con usted ha recibido contribuciones de otros, indique los nombres y las cantidades.								
NOMBRE			MONTO	NOMBRE			MONTO	
			\$				\$	
			\$				\$	
9. INGRESOS {EAWS/ERN1/DEMS} Si usted o alguien que vive con usted trabaja o recibe otros ingresos, indique los nombres y los montos:								
TIPO DE INGRESO	MONTO	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	TIPO DE INGRESO	MONTO	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	TIPO DE INGRESO	MONTO	¿CON QUÉ FRECUENCIA?
Asistencia pública	\$		Sueldo bruto, salario, propinas	\$		Trabajo por cuenta propia	\$	
Apoyo de un padre/cónyuge	\$		Seguro social	\$		SSI	\$	
Desempleo	\$		Compensación de trabajadores	\$		Beneficios para veteranos	\$	
Beneficios del Seguro	\$		Jubilación ferroviaria	\$		Otro, indique: _____	\$	
¿Usted o alguien que vive con usted ha dejado de trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿quién? _____ Fecha en que dejó de trabajar: _____ Motivo para dejar: _____ ¿Está usted o alguien que vive con usted en huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿quién? _____								
10. GASTOS {EAWS} Si usted o alguien que vive con usted tiene algún gasto, indíquelos abajo y complete esta sección:								
TIPO DE GASTO	MONTO	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	TIPO DE GASTO	MONTO	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	TIPO DE GASTO	MONTO	¿CON QUÉ FRECUENCIA?
Alquiler o hipoteca	\$		Combustible	\$		Gas/electricidad	\$	
Teléfono	\$		Costos de comida	\$		Deducción de nómina obligatoria	\$	
Gastos obligatorios de trabajo	\$		Otro, indique: _____	\$		Otro, indique: _____	\$	
Guardería	\$		Otro, indique: _____	\$		Otro, indique: _____	\$	

CUESTIONES QUE DEBE SABER SOBRE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA TEMPORAL EN EFECTIVO, EL PROGRAMA DE AYUDA SUPLEMENTARIA DE NUTRICIÓN (ANTIGUO PROGRAMA DE SUPLEMENTOS DE ALIMENTOS), ASISTENCIA DE EMERGENCIA PARA LAS FAMILIAS CON NIÑOS Y ASISTENCIA MÉDICA.

Números de Seguro Social

- ✦ Debe darnos un número de Seguro Social para cada miembro de la familia que desee 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 demoraremos su solicitud mientras espera el número.
- ✦ Usamos los números de Seguro Social para comprobar los ingresos. No damos los números a otras agencias como el Servicio de Inmigración o el Control de Aduanas.

Ciudadanía y estatus migratorio

- ✦ Debe informarnos sobre el estatus migratorio de cada miembro de la familia que desea beneficios.
- ✦ Maryland utiliza el Sistema Sistemático de Verificación y Elegibilidad 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 estatus de extranjero de todos los hogares no ciudadanos de solicitantes y destinatarios. La información recibida del USCIS puede afectar la elegibilidad de su hogar y el monto del beneficio.

Información

- ✧ Si un miembro de la familia no nos informa sobre la ciudadanía, el estatus migratorio o el número de Seguro Social, esa persona no recibirá beneficios.
- ✧ Igual deben darnos prueba de ingresos, gastos y otras cosas.
- ✧ Los otros miembros de la familia que nos brinden su información obtendrán beneficios si cumplen con las reglas.

Asistencia médica de emergencia

- ✧ Los inmigrantes que no son elegibles para otros tipos de asistencia médica y solicitan solo asistencia médica de emergencia no tienen que decirnos su número de Seguro Social, estatus migratorio o de ciudadanía.

Plazos

- ✧ La Asistencia Temporal en Efectivo tiene límites de tiempo.
- ✧ El Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (anteriormente Programa de Suplementos de Alimentos) y la Asistencia Médica no tienen un límite de tiempo.
- ✧ Cuando la Asistencia Temporal en Efectivo finaliza debido a los límites de tiempo, las ganancias u otras razones, puede seguir recibiendo beneficios de SNAP y Asistencia Médica.

Entrevistas

- ✧ Usted, un miembro de la familia responsable o alguien que usted elija para representarlo debe ser entrevistado.
- ✧ En la mayoría de los casos, podemos hacer la entrevista por teléfono.
- ✧ Debe darnos o enviarnos las pruebas que solicitamos en su entrevista.

Si necesita ayuda:

**para solicitar beneficios;
tiene preguntas sobre la información que debe proporcionarnos;
quiere saber qué pasará con sus beneficios;
porque no habla inglés y necesita servicios de traducción gratuitos;
llame a su administrador de casos o llame al 1-800-332-6347.**

Si necesita ayuda para llenar el formulario, llame al 1-800-332-6347.

Solicitar una adaptación razonable

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

Ejemplos de adaptaciones razonables:

Discapacidad auditiva: intérprete de lengua de señas; proporcionar un dispositivo de asistencia auditiva.

Discapacidad visual: un lector calificado lee al cliente.

Discapacidad motriz: envío de formularios al cliente; reunirse con el cliente en un lugar más accesible.

Discapacidades del desarrollo: escribir la información; tomarse descansos; programar citas en torno a las necesidades médicas del cliente.

Puede solicitar una adaptación razonable del departamento de servicios sociales local o de un proveedor en cualquier momento. Su solicitud puede ser oral o escrita. La solicitud de adaptación

razonable puede hacerse en persona, por escrito o por teléfono. No hay palabras particulares que necesite usar 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 de casos, el supervisor o el Coordinador de Acceso de Clientes (CAC) en su departamento de servicios sociales local. Pida al administrador de casos el nombre del Coordinador de Acceso de Clientes en su departamento de servicios sociales local. También puede solicitar más información en la recepción.

Para clientes que acceden a TTY

1. Marque 7-1-1 u [800-735-2258](tel:800-735-2258) para iniciar una llamada TTY a través de Maryland Relay.
2. El saludo escrito del operador de Relay de Maryland, incluido el número de identificación del operador, se mostrará en su teléfono TTY o VCO.
3. Cuando el operador termine 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.
5. Luego escriba "GA".

Autorización para recibir información de planificación familiar

Si desea información, puede pedirle a su administrador de casos una Guía de Planificación Familiar. También puede comunicarse de las siguientes formas:

- llamar al 1-800-546-8900 si necesita ayuda para encontrar un proveedor de anticonceptivos o para coordinar la atención prenatal, o
- comunicarse con el Centro de Salud Materno Infantil al 410-767-6713
<https://phpa.health.maryland.gov>

USTED TIENE LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES

BRINDAR INFORMACIÓN. Debe brindar información verdadera y completa. Es posible que deba proporcionarnos una prueba de esta información. Esta información será privada. Cualquier retraso en la presentación de la prueba puede resultar en que su caso se retrase o rechace.

La recopilación de información de la solicitud, incluido el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, está autorizada por la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, U.S.C.2011-2036, la Ley de Seguro Social §1137(f) y el Título 42 del U.S.C. §1320b-7(d). Usamos la información para determinar si su hogar es elegible. Verificamos esta información usando programas de comparación por computadora.

También usamos la información para ver si cumple con las reglas del programa. Podemos comunicarnos con 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 los agentes de la ley que la necesitan para encontrar a personas que huyen para evitar la ley.

Si obtiene demasiado en beneficios:

- es posible que tenga que devolver el dinero por los beneficios; y
- podemos dar la información de la solicitud, incluidos los números de seguro social, a agencias federales o estatales, y a agencias privadas de cobranza de reclamos, para que actúen.

Dar información es voluntario. Si no nos brinda información como los números de seguro social para todos los que desean ayuda, podemos negar los beneficios para cada persona que no proporcione un número de Seguro Social. Si no tiene un número de Seguro Social, lo ayudaremos a obtener uno.

INFORMAR CAMBIOS. Debe informar todos los cambios dentro de los diez días a menos que forme parte del grupo de informes simplificados del Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición y no reciba Asistencia en Efectivo o Asistencia Médica. Si desea 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.

Advertencia: Podemos negar, reducir o suspender sus beneficios si nos brinda información incorrecta o no informa los cambios. Un juez puede imponer una multa o condenarlo a prisión si

deliberadamente proporciona información incorrecta o no informa los cambios.

REQUISITOS DE TRABAJO PARA EL PROGRAMA DE AYUDA SUPLEMENTARIA DE NUTRICIÓN

Las personas que soliciten o reciban los beneficios del Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP) deben conocer y comprender la siguiente información sobre el registro de trabajo y los requisitos laborales del Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición. Los requisitos de trabajo de SNAP están cubiertos por la ley federal en el Título 7 del CFR 273.24.

Todos los mayores de 18 años **deben estar registrados para trabajar** a menos que estén exentos por lo siguiente: ser mayores de 60 años, cuidar a un niño menor de 6 años que vive en su hogar, haber solicitado o recibido beneficios de desempleo, trabajar por cuenta propia por un mínimo de 30 horas o más por semana al equivalente del salario mínimo federal, asistir a una escuela o institución de educación superior reconocida por lo menos por medio tiempo, o no ser mental o físicamente aptos para trabajar. El registro de trabajo no es lo mismo que la participación.

A partir del **1 de enero de 2016**, las personas sin discapacidad sin dependientes (ABAWDS), de 18 a 50 años, que no estén exentas del registro de trabajo conforme a una de las razones anteriores o porque residen en un área designada como exenta, deben estar registradas para el trabajo y participar en un programa/actividad laboral o tener empleo.

Estas personas conocidas como ABAWDS solo 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 por un mínimo de 80 horas por mes. Es posible que la persona no pueda recibir los beneficios de SNAP nuevamente hasta que cumpla con los requisitos de trabajo. Recibirá información adicional del administrador de casos, y la información está disponible en el sitio web del DHS en <https://dhs.maryland.gov/food-supplement-program/able-bodied-adults-without-dependents-abawds/>

ADVERTENCIA Y PENALIZACIÓN DE MEDICAID: Solo use las tarjetas de Asistencia Médica si es elegible.

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

1. devolver el dinero, los servicios o los bienes, o el valor de esos servicios o bienes recibidos ilegalmente;
2. estar sujeta a una multa de no más de \$10,000, ser encarcelada por no más de cinco años, o ambos.

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

1. devolver el dinero, los servicios o los bienes, o el valor de esos servicios o bienes recibidos ilegalmente;
2. recibir una multa no mayor a \$1,000, ir a prisión por no más de tres años o ambos.

SANCIONES DE TCA y DEL PROGRAMA DE AYUDA SUPLEMENTARIA DE NUTRICIÓN

No debe hacer lo siguiente:

- Brindar información falsa o retener información para obtener o continuar obteniendo beneficios de TCA o SNAP.
- Intercambiar o vender beneficios de TCA o SNAP, o tarjetas electrónicas de beneficios.
- Usar TCA y SNAP o tarjetas electrónicas de beneficios para comprar artículos no permitidos, como alcohol y tabaco, o para pagar en cuentas de crédito.
- Usar los beneficios de TCA o SNAP de otra persona.
- Usar la tarjeta electrónica de beneficios de otra persona sin autorización.
- Usar su tarjeta EBT que contenga los beneficios de TCA en una tienda de licores, un lugar de entretenimiento para adultos como un club de striptease o en un establecimiento de juegos de apuestas como un casino.

Sus beneficios de SNAP no aumentarán si la asistencia en efectivo se reduce o suspende porque no siguió las reglas.

Si un miembro del hogar rompe deliberadamente las reglas, podemos prohibir a la persona de TCA o SNAP.

- Podemos prohibir a esta persona por **un año** después de la primera infracción.
- Podemos prohibir a esta persona por **dos años**:
*después de la segunda infracción, o

*después de la primera vez, si un tribunal declara a esta persona culpable de comprar drogas ilegales con beneficios de TCA o del Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición.

- Podemos prohibir a esta persona **permanentemente**:

*después de la tercera infracción, o

*después de la segunda vez, si un tribunal declara a una persona culpable de comprar drogas ilegales con beneficios de TCA o SNAP, o

*después de la primera vez, si un tribunal declara a esta persona culpable de comprar armas, balas o explosivos, con los beneficios de TCA o SNAP;

*si un tribunal declara a esta persona culpable de traficar beneficios de TCA o SNAP de \$500 o más.

- Podemos prohibir a esta persona durante diez años si se la declara 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 con hasta \$250,000, encarcelarla por hasta 20 años, o ambos. Un juez también puede prohibir a esta persona por 18 meses adicionales. Es posible que la persona también tenga que enfrentar un enjuiciamiento adicional conforme a otras leyes federales.

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

LEA ANTES DE FIRMAR:

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

Entiendo que se me puede multar o encarcelar, o se pueden reducir mis beneficios por hacer declaraciones falsas o por fingir ser otra persona.

Sé que pueden castigarme por no informar los cambios que puedan afectar mi elegibilidad o el monto del beneficio.

Entiendo que si obtengo más beneficios de SNAP 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 de justicia en un juicio por fraude.

Sé que no informar o verificar los gastos de vivienda, médicos o de cuidado de dependientes, o los pagos de manutención de niños 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 inspección al azar y para una revisión de control de calidad.

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

Entiendo que al firmar esta solicitud:

- Acepto asistencia en efectivo, incluida Asistencia de Emergencia para las Familias con Niños (EAFC) o Asistencia Médica.
- Estoy de acuerdo con que la Parte B de Medicare realice pagos directamente a los médicos y proveedores médicos.
- Doy al Departamento el derecho de solicitar el pago a un seguro de salud privado o público y a cualquier tercero responsable. Entiendo que debo cooperar con el departamento para asegurar dichos pagos. El Departamento puede solicitar el pago sin acción legal, siempre y cuando no conserve más del monto pagado 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 si una persona fallece y tenía al menos 55 años cuando recibió Asistencia Médica, el estado puede tomar dinero del patrimonio para reembolsar los pagos realizados en nombre de esa persona. El programa puede tomar el dinero solo si no hay un cónyuge sobreviviente, un hijo soltero menor de 21 años o un hijo ciego o con discapacidad (casado o soltero) de cualquier edad.

SECCIÓN DE FIRMAS

Entiendo que, según lo exige la ley de Maryland, ciertas agencias de aplicación de la ley que investigan el fraude pueden obtener información sobre mi solicitud, mis ingresos, mis beneficios y otra documentación como parte de su investigación. Si bien el acceso a mi solicitud e información de beneficios normalmente es limitado (según el Artículo de Servicios Humanos §1-201 del Código Anotado de Maryland), estos límites no se aplican a estas agencias de investigación. Dichas 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 denuncia de fraude en mi contra. Cualquier información encontrada como resultado de la investigación puede ser utilizada en mi contra si se procesa una denuncia de fraude.

He leído o alguien me ha leído y explicado toda la solicitud. Juro o afirmo bajo pena de perjurio que toda la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa a mi leal 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 a dar esa información al Departamento. También autorizo al Departamento a contactar a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que haya dado prueba de mi elegibilidad para los beneficios. Certifico bajo pena de perjurio al firmar mi nombre a continuación que todas las personas por las que estoy solicitando son ciudadanos estadounidenses, inmigrantes legalmente admitidos o personas con 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 de

- Asistencia en efectivo**
 Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición
 Asistencia Médica
 Asistencia de Emergencia para Familias y Niños

Firma del solicitante, destinatario, representante autorizado		Fecha
---	--	-------

HE LEÍDO ESTAS DECLARACIONES O ALGUIEN ME LAS HA LEÍDO. ENTIENDO LO QUE SIGNIFICAN. AL FIRMAR MI NOMBRE A CONTINUACIÓN, ACEPTO CUMPLIR LO QUE DICEN.

Firma	Fecha
Nombre en imprenta	

SOLO PARA USO DEL ADMINISTRADOR DE CASOS

ID de AU
 Código de tipo de emergencia
 Tipo de necesidad
 Costo de necesidad
 ID del proveedor
 Verificaciones

Declaración de no discriminación del USDA

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 EE. UU. (USDA) también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad o creencias políticas, y prohíbe las represalias por acciones anteriores de derechos civiles en cualquier actividad o programa realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas americana, etcétera) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede brindarse en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [Formulario de queja por discriminación de 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 el formulario completo o la carta al USDA:

(1) por correo postal: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) por fax: (202) 690-7442; o

(3) por correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener cualquier otra información relacionada con problemas del Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP), debe comunicarse con la línea directa del SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los [números de información del estado/línea directa](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los 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 por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., escriba al Director del HHS: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.