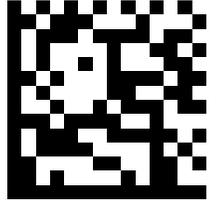




Estado de Utah  
Department of Workforce Services  
**SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE ASISTENCIA  
ALIMENTICIA, FINANCIERA, DE CUIDADO INFANTIL Y MÉDICA**



D24216900180135

**Para tener servicios automatizados más rápidos, usted puede solicitar los programas en línea en [jobs.utah.gov](http://jobs.utah.gov)**

**Marque los Servicios que desea solicitar:**

- Asistencia Alimenticia
- Asistencia Financiera
- Asistencia para el Cuidado Infantil
- Asistencia Médica

¿Necesita ayuda en pagar servicios médicos de los últimos 3 meses? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿para quién? \_\_\_\_\_ ¿Para qué mes(es)? \_\_\_\_\_

**1. Su información:**

Nombre:

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido(s)

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
(si es diferente del domicilio)

Nº Telefónico: \_\_\_\_\_ Otro Nº de Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Nº de Seguro Social (opcional): \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir sus notificaciones en inglés o español?  Inglés  Español

Nº de Caso: (opcional) \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

- 2.** ¿Tiene una tarjeta Utah Horizon (Asistencia Financiera y/o Alimenticia) ? .....  Sí  No  
Si marca "No", una nueva tarjeta le será enviada por correo. Otras tarjetas que tenga ya no funcionarán.
- 3.** ¿TODAS las personas que están solicitando la Asistencia Médica necesitan una tarjeta médica? ...  Sí  No  
Si respondió "No", ¿quién necesita una tarjeta? \_\_\_\_\_

*Si desea solicitar beneficios de desempleo favor de visitar el sitio de Internet [jobs.utah.gov](http://jobs.utah.gov).*

**Sus Derechos:**

- **SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD, CON GUSTO LE ASISTIREMOS.**
- **USTED TIENE EL DERECHO A RECIBIR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN SIN COSTO.**
- Asistencia Alimenticia y Asistencia Médica:

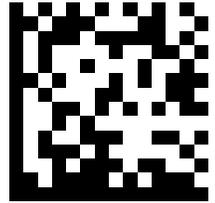
Usted puede entregar una solicitud incompleta sólo con su nombre, dirección, y firma; sin embargo antes de que se pueda determinar su elegibilidad, usted debe contestar todas las preguntas. Usted puede enviar su solicitud por fax al: 877-313-4717, por correo postal a: PO Box 143245, SLC, UT 84114-3245, o la puede presentar en una de las oficinas de DWS más cercana a su domicilio.

- Emitiremos la asistencia de acuerdo a la fecha en la que su solicitud fue recibida. Si recibimos su solicitud fuera de nuestras horas de oficina (de lunes a viernes entre 8 de la mañana y las 5 de la tarde), la fecha en que será efectiva es el día de oficina siguiente.

- Asistencia Financiera y Asistencia de Cuidado Infantil:

- Para presentar una solicitud de Asistencia Financiera **debe** completar las preguntas **1, 4 a la 6, y de la 8 a la 30, la Sección de Asistencia Financiera Y firmar la página 16** para poder considerar su solicitud para Asistencia Financiera completa.

- Para presentar una solicitud de Asistencia para el Cuidado Infantil **debe** completar las **preguntas 1, 4 a la 6, y de la 8 a la 10, de la 12 a la 23, 30, la sección de Asistencia para el Cuidado Infantil Y firmar la página 16** para poder considerar su solicitud para Asistencia para el Cuidado Infantil completa.
- Si usted **no** completa todas las preguntas requeridas para la Asistencia Financiera o para el Cuidado Infantil, su solicitud para la Asistencia Financiera y/o para el Cuidado Infantil se considerarán incompletas y no se tomará ninguna acción adicional.
- Si califica para los beneficios de Asistencia Financiera y/o de Cuidado Infantil, estos beneficios se hacen efectivos desde el día en que recibamos la solicitud completa, con la excepción del programa de Asistencia General (G.A.) en el cual los beneficios se hacen efectivos desde el primer día del mes después del mes en que completa su solicitud.



D24216900180235

### **Información de la Asistencia Alimenticia, Financiera y Médica para Inmigrantes:**

- Usted puede solicitar y recibir Asistencia Alimenticia, Financiera y Asistencia Médica (Medicaid) para todos los miembros de su familia que califiquen, aunque existan en su hogar personas que no reúnen los requisitos debido a su estado de inmigración. Por ejemplo, los padres de familias inmigrantes que no tienen derecho a recibir asistencia pública pueden solicitar Asistencia Alimenticia para los hijos que son ciudadanos de los Estados Unidos de América o que tienen un estatus de inmigración aprobado.
- Si alguna persona viviendo en su hogar no solicita y/o no tiene derecho a recibir Asistencia Alimenticia debido a su estatus de inmigración, no necesita proveer información sobre su estatus de inmigrante, números de Seguro Social ni cualquier otro documento. Sin embargo, tendrá que contestar las preguntas sobre su nombre, parentesco, ingresos, bienes económicos, etc.
- El participar en el programa de Asistencia Alimenticia, Médica y Financiera no afectará su estado de inmigrante o el de su familia. Toda información sobre inmigración es privada y confidencial.
- Si usted, o algún miembro de su familia, hace uso del programa de Asistencia Médica (Medicaid) no debería afectar su habilidad de solicitar el estado de Residente Permanente en los Estados Unidos de América, a menos que utilice esta asistencia para pagar gastos médicos a largo plazo (una casa de reposo u otra institución médica). El uso de los beneficios de Medicaid no le afectará su habilidad de solicitar su ciudadanía en los Estados Unidos de América a menos que haya cometido fraude para obtener esta asistencia.

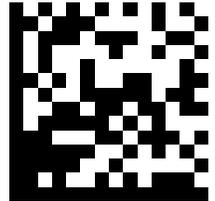
### **Información para la Asistencia Médica Solamente**

- ¿A quién necesita incluir en esta solicitud?
  - Cuéntenos acerca de las personas que viven con usted. Si usted declara sus impuestos, necesitamos saber de todos quienes son reportados en sus impuestos. (No es necesario haber declarado los impuestos para lograr cobertura de salud). La cantidad de asistencia o tipo de programa para los cuales usted califica depende del número de personas en su familia y de sus ingresos. Esta información nos permite asegurarnos que todos obtengan la mejor cobertura posible.
- Seguro de Salud Privado Asequible (APHI en inglés) y Créditos de Impuestos Avanzados sobre las Primas (APTC en inglés)
  - La información obtenida de este formulario también se podría usar para determinar si califica para los planes de seguro de salud privado asequibles y APTC, los cuales podrían ayudarle inmediatamente a pagar sus primas de cobertura de salud.
- Bienes Económicos y Gastos (Las preguntas desde la 24 a la 33)
  - Se le requiere que conteste estas preguntas sólo si hay alguien en su grupo familiar que está solicitando asistencia de los siguientes programas: De Edad 65 o más, Ciego o Medicaid de Discapacidad, Medicaid con Desembolso para Calificación Médica (Spendedown), Asilo (Nursing Home), Exención (Waiver), Medicare de Participación en los Costos y/o Asistencia Médica para Refugiados.

**Información sobre los Servicios Expresos de Asistencia Alimenticia**

Los siguientes hogares pueden recibir servicios expresos de asistencia alimenticia:

- Los hogares que tienen ingresos totales por mes y recursos disponibles que juntos son menos que el costo de los servicios públicos mensuales junto con su renta o hipoteca.
- Los hogares con ingresos totales por mes que son menos de \$150 y recursos disponibles (como dinero, o cuentas de cheque o de ahorro) que son menos de \$100.
- Algunos hogares con trabajadores agrícolas migratorio o de temporada.



D24216900180335

Avísenos si no está de acuerdo con nuestra determinación en su caso acerca de los servicios expresos de la asistencia alimenticia y podemos programar una cita con usted dentro de dos (2) días hábiles.

**INFORMACIÓN GENERAL Y DEL HOGAR**

4. Comenzando con usted, escriba la información de todas las personas que viven con usted y que **están solicitando beneficios**:

Nombre y Apellido	Nº de Seguro Social <sup>1</sup>	Fecha de Nacimiento	Ciudadano/Nacional de los Estados Unidos <sup>1</sup> Sí / No	Sexo M / F	Parentesco	Residente de Utah Sí / No	Residente de Utah desde <sup>2</sup> (ej. 1/30/2013)	Raza <sup>3</sup>	Etnicidad <sup>4</sup>	Estado Civil <sup>5</sup>
					<b>Yo Mismo</b>					

<sup>1</sup> La información del Número de Seguro Social y Ciudadanía sólo se necesitan para las personas que están solicitando los beneficios. Si alguien necesita ayuda en obtener un Número de Seguro Social, favor de llamar al 1-800-772-1213 o visite el sitio en Internet socialsecurity.gov. Los que necesitan sistema de TTY (de relé), favor de llamar al 1-800-325-0778. El Nº de Seguro Social no se requiere para el Cuidado Infantil.

<sup>2</sup> La fecha Desde Cuando es Residente en Utah es opcional para todos los programas

<sup>3</sup> Raza (opcional): AI = Indio Americano o Nativo de Alaska (**Sólo para los que solicitan la Asistencia Médica, complete el Anexo A**)  
 AS = Asiático ASI = Indio Asiático CH = Chino FI = Filipino  
 JA = Japonés KO = Coreano VI = Vietnamita OA = Otro Asiático  
 BL = Negro o Afroamericano WH = Blanco NH = Nativo de Hawái GC = Guameño o Chamorro  
 SA = Samoano OPI = De otras Islas del Pacifico OT = Otra Raza

<sup>4</sup> Etnicidad (opcional): N = No Hispano, Latino o de origen Español M = Mexicano MA = Mexicano Americano CH = Chicano/a  
 PR = Portorriqueño CU = Cubano AH = Otro Hispano, Latino de Origen Español OT = Otra

<sup>5</sup> Estado Civil no se requiere para la Asistencia Alimenticia

5. ¿Hay alguien más que vive con ustedes que no está solicitando beneficios? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", complete la siguiente información:

Nombre	Parentesco	¿Compra y prepara comida con esta persona?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

6. ¿Hay alguien que se haya mudado a su casa en los últimos tres meses? .....  Sí  No

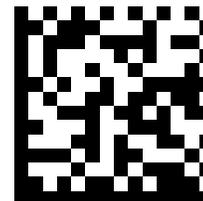
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha en que se mudó a la casa: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha en que se mudó a la casa: \_\_\_\_\_

7. Se requiere contestar esta pregunta sólo para la Asistencia Médica:

¿Tiene planes de declarar sus impuestos federales o será usted reclamado en la declaración de impuestos de otra persona el próximo año?.....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete todas las columnas abajo (si es que usted informa tener más de 6 dependientes, por favor haga una copia de esta página y agréguela a su solicitud). Además de las preguntas abajo, por favor complete el Anexo B de esta solicitud de todos los dependientes que NO están viviendo con usted, pero que se presentan como dependientes en su declaración de los impuestos.



D24216900180435

1º <input type="checkbox"/> Contribuyente ~o~ <input type="checkbox"/> Dependiente en Impuestos de Otra Persona	Declaran en Conjunto con Cónyuge (sólo se aplica a los contribuyentes)	Dependientes que se listan en su Declaración de Impuestos (sólo se aplica a los contribuyentes)
Nombre y Apellido: _____  ¿Será usted reclamado/a como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si contestó "Sí", anote el nombre del contribuyente y su parentesco con el contribuyente:  Nombre: _____  Parentesco: _____	¿Declaran los impuestos en conjunto con su cónyuge?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si contestó "Sí", nombre del cónyuge:  _____	Nombre: _____ Vive con Contribuyente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Nombre: _____ Vive con Contribuyente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Nombre: _____ Vive con Contribuyente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Nombre: _____ Vive con Contribuyente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Nombre: _____ Vive con Contribuyente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre y Apellido: _____  ¿Será usted reclamado/a como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si contestó "Sí", anote el nombre del contribuyente y su parentesco con el contribuyente:  Nombre: _____  Parentesco: _____	¿Declaran los impuestos en conjunto con su cónyuge?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si contestó "Sí", nombre del cónyuge:  _____	Nombre: _____ Vive con Contribuyente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Nombre: _____ Vive con Contribuyente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Nombre: _____ Vive con Contribuyente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Nombre: _____ Vive con Contribuyente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Nombre: _____ Vive con Contribuyente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

8. No se requiere contestar esta pregunta si solicita Asistencia Alimenticia:

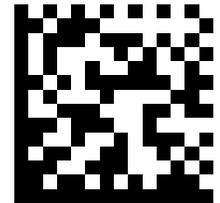
¿Hay alguien en su hogar que está actualmente embarazada o ha estado embarazada en los últimos 3 meses? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién?: \_\_\_\_\_ Fecha del Parto: \_\_\_\_\_ (si todavía está embarazada)  
 Si respondió "Sí", ¿cuántos bebés espera durante este embarazo? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha ella fumado o consumido tabaco en los últimos 6 meses? .....  Sí  No  
 (Esta pregunta es para una encuesta solamente, y no afecta la elegibilidad).

9. ¿Hay alguien en su grupo familiar que vive en alguna de las siguientes instituciones? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", marque la(s) que se aplica(n):  
 Hospital/Establecimiento Médico  Albergue  Asilo/Clínica Privada  
 Hogar de Grupos  Centro de Rehabilitación de Drogas  
 Cárcel – Si responde "Sí", ¿en libertad condicional para trabajar? .....  Sí  No  
 ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha en que entró a la institución: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

10. ¿Hay alguien en su hogar que tiene una discapacidad? (una condición de salud física, mental o emocional que cause limitaciones en actividades tales como el bañarse, vestirse o actividades diarias, etc.).....  Sí  No



D24216900180535

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la discapacidad: \_\_\_\_\_

¿Es la discapacidad permanente o temporal? \_\_\_\_\_

Si respondió "temporal", ¿cuánto tiempo se espera que dure? \_\_\_\_\_

Discapacidad / Incapacidad determinada por:

- |                                                                                                     |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)                                      | <input type="checkbox"/> Beneficios para Excombatientes (VA)                                   |
| <input type="checkbox"/> Consejo de Revisión Médica (State Medical Disability Office)               | <input type="checkbox"/> Declaración Médica                                                    |
| <input type="checkbox"/> Junta Directiva de Jubilación de Ferrocarriles (Railroad Retirement Board) | <input type="checkbox"/> Programa de Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSA Disability) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                                |                                                                                                |

Si la persona con la discapacidad es el/los padre(s), ¿puede(n) cuidar los niños? .....  Sí  No

¿Es la persona con la discapacidad un(a) niño(a)? .....  Sí  No

11. No se requiere responder a esta pregunta para la Asistencia Médica:

¿Hay alguien en su hogar que haya solicitado/recibido la Asistencia Alimenticia, Asistencia Financiera o Médica en Utah o en cualquier otro estado?.....  Sí  No

Nombre	Tipo de Asistencia	¿Dónde?	¿Cuándo?	Fecha de Término

12. Responda la siguiente pregunta sólo para las personas que están solicitando beneficios:

Si cualquier persona en su grupo familiar no es un ciudadano de los Estados Unidos de América, ¿Tienen estado de inmigración legal? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

Nombre	Número de Registro para Extranjeros (A#)	Tipo de Documento de Inmigración	Número de Identificación del Documento (si no es el Número A)	¿Ha vivido en los EE.UU. desde 1996?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Esta pregunta no se requiere para la Asistencia Alimenticia, ni para el Cuidado Infantil:

¿Hay alguien listado en la pregunta 12 un excombatiente, en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. o tiene un cónyuge o padre que es combatiente, en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

13. ¿Hay alguien en su hogar asistiendo a la escuela? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

Nombre de Estudiante	Nombre / Tipo de Escuela	Tiempo Completo (FT) o Parte del Tiempo (PT)	Fecha en que se Espera Graduar (Si es mayor de 16 años)

14. No se requiere contestar esta pregunta para la Asistencia Alimenticia:

¿Hay alguien en su hogar que haya solicitado, recibido o se le hayan negado beneficios del Seguro Social, de excombatientes o veteranos (V.A.) de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América, Desempleo o de Workers' Compensation (por accidentes o lesiones en el trabajo)? .....  Sí  No

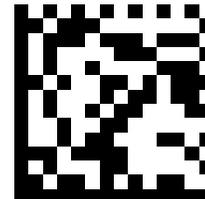
Si respondió "Sí", ¿quién?: \_\_\_\_\_ Tipo de Beneficios: \_\_\_\_\_

15. No se requiere contestar esta pregunta para la Asistencia Médica:  
 ¿Hay alguien en su hogar que sea un fugitivo de la ley (escondido o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, de ser detenido, o ir a la cárcel por un delito o intento de delito o crimen?.....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

16. No se requiere contestar esta pregunta para la Asistencia Médica:  
 ¿Hay alguien en su hogar en violación de una condición de libertad condicional (parole) o Período de prueba por algún delito o algo de menor cuantía? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién?: \_\_\_\_\_



D24216900180635

**INGRESOS**

17. ¿Hay alguien en su hogar que tiene ingresos salariales? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

Persona con Empleo	Nombre del Empleador	Fecha de Contratación	Horas Trabajadas por Semana	Pago por Hora o Salario Mensual (ej. \$900/mes, \$8/hora)	Ingresos Adicionales (ej. Propinas, Bonos, Comisiones)	Frecuencia de Pago (ej. semanal, mensual)

Esta pregunta es sólo para la Asistencia de Cuidado Infantil:

Si este empleo comenzó en los últimos 30 días, ¿cuál es la fecha y cantidad que espera recibir en su primer cheque?: \_\_\_\_\_

18. ¿Hay alguien en su hogar que trabaja por Cuenta Propia o es Contratista? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

Persona que Trabaja por Cuenta Propia	Nombre de la Compañía	Fecha de Inicio	% de Propiedad	Tipo de Negocio (ej. LLC, S-Corp, 1099, etc.)	Horas Trabajadas por Mes	Ingreso Mensual Antes de Impuestos

¿Existen gastos del empleo por cuenta propia? .....  Sí  No

Esta pregunta sólo se requiere para la Asistencia Médica y de Cuidado Infantil:

¿Cuántos ingresos netos (ganancias una vez que se han hecho los gastos del negocio) recibirá de este empleo por cuenta propia para este mes? \_\_\_\_\_

19. ¿Hay alguien en su hogar que espera cambios en ganancias o en el número de horas de empleo? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién?: \_\_\_\_\_ Explique los cambios: \_\_\_\_\_

20. ¿Hay alguien en su hogar que haya dejado un trabajo o disminuido las horas de empleo en los últimos 30 días? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete la siguiente información:

**Si usted ha dejado un empleo:**

Nombre: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue el último día que trabajó? \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ La razón del término del trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha del último cheque de pago? \_\_\_\_\_

¿Necesita el cuidado infantil para hacer búsqueda de empleo?\*  Sí  No

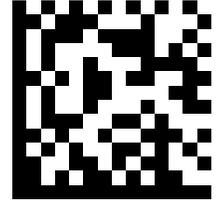
*\*Esta pregunta es solamente para la Asistencia de Cuidado Infantil*

**Si usted ha reducido sus horas de empleo:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Las horas se redujeron de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_ La razón de la reducción de horas: \_\_\_\_\_

La fecha del primer cheque de pago con las horas reducidas: \_\_\_\_\_



D24216900180735

21. ¿Hay alguien en su hogar que haya cambiado de empleo, dejado un empleo o disminuido las horas de empleo en el último año? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_  
 Explique los cambios: \_\_\_\_\_

22. ¿Alguien en su hogar recibe los siguientes tipos de ingresos educativos?...  Sí  No  
 Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

	Tipo	Nombre del Beneficiario	Cantidad Recibida	Número de Meses Destinado a Cubrir	Fecha en que Empezó
<input type="checkbox"/>	Montgomery GI Bill				
<input type="checkbox"/>	Estipendio – Gastos de Vivienda				
<input type="checkbox"/>	Beneficios Educativos para Excombatientes				
<input type="checkbox"/>	Ayudantía Pagada (Work Study) que NO es del "Title IV"				

¿Hay gastos educativos? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", complete todas las columnas. Algunos ejemplos de gastos educativos son matrícula, libros, cuotas obligatorias, el transporte o el alquiler o la compra de equipos, materiales y suministros.

Tipo	Cantidad	Quien lo Paga	Frecuencia de Pago	Fecha en que Empezó

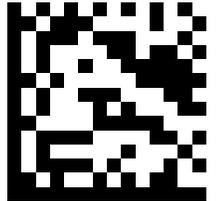
23. ¿Hay alguien en su hogar que recibe algunos de los siguientes ingresos? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

	Tipo	Nombre del Beneficiario	Cantidad Recibida	Frecuencia de Pago (ej. semanal, mensual)	Fecha en que Empezó
<input type="checkbox"/>	Seguro Social				
<input type="checkbox"/>	Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)				
<input type="checkbox"/>	Sustento a Menores (Child Support) recibido directamente del padre o de otro estado				
<input type="checkbox"/>	Sustento a Menores (Child Support) recibido de ORS				
<input type="checkbox"/>	Beneficios de Desempleo Estado:				
<input type="checkbox"/>	Contribuciones en Dinero Efectivo de familia, amigos o iglesia ¿De quién?:				
<input type="checkbox"/>	Jubilación / Pensión				
<input type="checkbox"/>	Pensión Alimenticia (Alimony)				
<input type="checkbox"/>	Beneficios a Excombatientes (VA)				
<input type="checkbox"/>	Workers' Compensation (Por accidentes o lesiones en el trabajo)				
<input type="checkbox"/>	Pagos Tribales				
<input type="checkbox"/>	Pagos de Cantidad Global de Arreglo (Lump Sum)				
<input type="checkbox"/>	Otro Ingresos (ej. Adopción, ingresos por alquiler, derechos mineros, derechos de autor, pagos de programas de Alimentos para el Cuidado de Niños o Adultos, etc.): _____				

¿Aparte de los impuestos, hay deducciones retenidas de los ingresos de cualquier persona en la lista?  Sí  No  
 Si respondió "Sí", complete la información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de deducción: \_\_\_\_\_ Cantidad de deducción: \$ \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de deducción: \_\_\_\_\_ Cantidad de deducción: \$ \_\_\_\_\_



D24216900180835

**BIENES\***

\*Si está solicitando la Asistencia Médica – Se le requiere que conteste estas preguntas sólo si hay alguien en su grupo familiar que está solicitando asistencia de los siguientes programas: De Edad 65 o más, Ciego o Medicaid de Discapacidad, Medicaid con Desembolso para Calificación Médica (Spendedown), Asilo (Nursing Home), Exención (Waiver), Medicare de Participación en los Costos y/o Asistencia Médica para Refugiados.

24. ¿Alguien en su hogar tiene dinero en efectivo? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

25. ¿Alguien en su hogar tiene alguno de los siguientes bienes financieros? ....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", anote todas las cuentas que usted o alguien que vive con usted tienen. Algunos ejemplos de bienes financieros son Cuentas de Cheques, Cuenta de Ahorros, 401K\*, IRA\* (Cuenta de Pensión por Jubilación), Anualidades, Activos Financieros (Money Market), Acciones (Stocks)/ Bonos (Bonds)/ Fondos Mutuos, etc. \*No se requiere para la Asistencia Alimenticia

Tipo	Dueño(s) de Cuenta	Nombre del Banco	Balance de la Cuenta	Fecha en que se Abrió

26. ¿Hay alguien en su hogar que tiene vehículos? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", llene todas las columnas. Algunos ejemplos de vehículos son automóviles, camionetas (trucks), botes o embarcaciones, motocicletas, motonieves (snowmobiles), casas rodantes, vehículo todo terreno (ATV's), etc.

Dueño(s) Registrado(s)	Marca	Modelo	Año	Licenciado	Estado	Cantidad que se Debe	Uso del Vehículo	Fecha de Compra
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

27. ¿Hay alguien en su hogar que posee algunos de los siguientes bienes? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

	Tipo	Dueño(s)	Valor de Mercado	Cantidad que se Debe	Fecha de Compra
<input type="checkbox"/>	Casa Donde Vive				
<input type="checkbox"/>	Tierras / Terrenos				
<input type="checkbox"/>	Propiedades de Renta o de Inversión				
<input type="checkbox"/>	Casa para Vacaciones / Propiedades de Tiempos Compartidos (Time Share)				
<input type="checkbox"/>	Equipamiento / Herramientas				
<input type="checkbox"/>	Maquinaria				
<input type="checkbox"/>	Remolques				
<input type="checkbox"/>	Ganado				
<input type="checkbox"/>	Derechos Minerales u Otros				
<input type="checkbox"/>	Otros: _____				

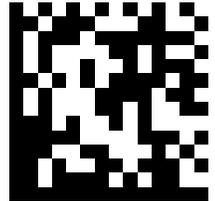
28. ¿Hay alguien en su hogar que posee alguno de los siguientes bienes? .....  Sí  No  
 Marque todos los que se aplican:  
 Seguro de Vida  Fideicomiso (Trust)  Lotes Fúnebres  Plan Funeral/Fondos Fúnebres

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

29. No se requiere contestar esta pregunta para la Asistencia Médica:

¿Hay alguien en su hogar que haya vendido, intercambiado o regalado cualquier bien material  
En los últimos tres meses? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", explique: \_\_\_\_\_



D24216900180935

**GASTOS\***

\*Si está solicitando la Asistencia Médica – Se le requiere que conteste estas preguntas sólo si hay alguien en su grupo familiar que está solicitando asistencia de los siguientes programas: De Edad 65 o más, Ciego o Medicaid de Discapacidad, Medicaid con Desembolso para Calificación Médica (Spendedown), Asilo (Nursing Home), Exención (Waiver), Medicare de Participación en los Costos y/o Asistencia Médica para Refugiados.

30. ¿Hay alguien en su hogar que hace gastos por pensión alimenticia (Alimony), sustento de menores (Child Support) o cuidado infantil? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

Tipo	Quien Paga este Gasto	¿Para Quién?	Cantidad de Pago	Frecuencia de Pago	Fecha en que Empezó
<input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia (Alimony)* ¿Ordenada por una Corte?.. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>* No se requiere para la Asistencia Alimenticia</i>					
<input type="checkbox"/> Sustento de Menores (Child Support) ¿Ordenado por una corte?.. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Cuidado Infantil					
Estas preguntas abajo dentro de este recuadro no se requieren para la Asistencia Médica					
¿Hay alguien más que le ayuda a pagar este gasto (familiar, alguna organización, agencia del estado, etc.)? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> Si respondió "Sí", ¿Quién?: _____ Cantidad Mensual: \$ _____					
Nombre del proveedor(a) de Cuidado Infantil: _____					
Necesito cuidado infantil para: <input type="checkbox"/> Aceptar / Continuar Empleo <input type="checkbox"/> Buscar Empleo <input type="checkbox"/> Asistir a la Escuela <input type="checkbox"/> Asistir a Entrenamiento <input type="checkbox"/> Otros: _____					

31. ¿Hay alguien en su hogar responsable de pagar cualquiera de los siguientes gastos del hogar? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

Tipo	Cantidad Pagada	Su porción (esto no se requiere para la Asistencia Médica)	¿Quién Paga este Gasto?	¿Esta persona vive en su casa?	Frecuencia de Pago	Fecha en que Empezó
<input type="checkbox"/> Renta, Renta Subsidiada, Seguro de Renta				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Hipoteca, 2a Hipoteca, Préstamo por Valor de la Casa, Impuestos de Propiedad				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Seguro de Casa, Asociación de Propietarios (HOA), Gastos de Condominio				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Pago del Terreno para Remolques				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Esta pregunta no se requiere para la Asistencia Médica:

¿Hay alguien más que le ayuda a pagar este gasto (familiar, alguna organización, agencia del estado, etc.)?  
.....  Sí  No

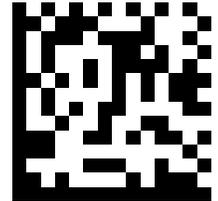
Si respondió "Sí", ¿Quién?: \_\_\_\_\_ Cantidad Mensual: \_\_\_\_\_

32. ¿Hay alguien en su hogar responsable de pagar cualquiera de los siguientes gastos de servicios públicos que se pagan separados de su renta y/o hipoteca? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", marque todas las casillas que se aplican:

<input type="checkbox"/> Gas o Electricidad para calefacción y / o aire acondicionado de mi casa	<input type="checkbox"/> He recibido asistencia HEAT en los últimos 12 meses
<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Estoy sin hogar ,

<input type="checkbox"/>	Electricidad, Agua, Alcantarillado, Basura	pero tengo que pagar algunos gastos mensuales de calefacción / aire acondicionado
--------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------



D24216900181035

33. ¿Hay alguien en su hogar que tenga por lo menos 60 años de edad o con discapacidad que tiene gastos médicos? .....  Sí  No  
 (Estos gastos deben ser reportados y algunos gastos deben ser verificados por su familia para contar como deducciones)

Si respondió "Sí", complete todas las columnas:

	Tipo	¿Para Quién es Este Gasto?	¿Quien Paga este Gasto?	Cantidad de Pago	Frecuencia de Pago	Fecha en que Empezó
<input type="checkbox"/>	Gastos de Cuidado Dental, Dentaduras					
<input type="checkbox"/>	Seguro Médico o de Medicare					
<input type="checkbox"/>	Aparatos Auditivos					
<input type="checkbox"/>	Atención Médica a Domicilio					
<input type="checkbox"/>	Hospitalización o Atención Ambulatoria					
<input type="checkbox"/>	Servicios Médicos					
<input type="checkbox"/>	Servicios de Salud Mental					
<input type="checkbox"/>	Cuidado de Enfermería en Asilo/Clínica Privada					
<input type="checkbox"/>	Medicamentos Recetados					
<input type="checkbox"/>	Anteojos Recetados					
<input type="checkbox"/>	Gastos por Animales de Servicio (ej. comida, cuentas veterinarias, etc.)					
<input type="checkbox"/>	Otros: _____					

### ASISTENCIA FINANCIERA

34. ¿Hay alguien en su hogar que haya sido descalificado del programa TANF (Programa Financiero) en cualquier estado del país por una violación a los reglamentos del programa? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

35. ¿Alguien en su grupo familiar ha recibido meses de beneficios de TANF? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Estado(s): \_\_\_\_\_ N° de Meses: \_\_\_\_\_

36. ¿Hay algún niño en su hogar recibiendo una educación formal en casa?.....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Han sido aprobados por el Distrito Escolar para enseñar a los niños en casa?.....  Sí  No

37. ¿Tiene pagos de renta que son subsidiados por una agencia del gobierno, federal, estatal o local, incluyendo una agencia de servicio social privada? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", por favor marque una de las casillas abajo:  
 Agencia de Vivienda Pública  Otra Agencia

38. ¿Hay alguien en su hogar que es excombatiente de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

39. ¿Tiene niño(s) que vive(n) en el hogar los cuales tengan un padre o madre que vive fuera del hogar?  Sí  No  
 Si respondió "Sí", ¿Está usted dispuesto(a) a cooperar con la Office of Recovery Services (ORS – Agencia a cargo de cobrar y pagar el Sustento de Menores o "Child Support") con respecto a establecer o cobrar los pagos del Sustento de Menores (Child Support) del padre ausente? .....  Sí  No  
 Si respondió "Sí", anote el nombre del padre ausente y el/los nombre(s) de el/los niño(s) del padre ausente que está(n) en la hogar.

Nombre del Padre Ausente: \_\_\_\_\_ Niño(s) del Padre Ausente: \_\_\_\_\_

Razón por la ausencia:

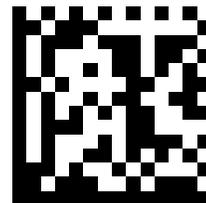
- Adopción de Padre/Madre Soltero/a     Divorcio     Separación  
 Separación Legal  
 Fallecimiento     Encarcelación     Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre Ausente: \_\_\_\_\_

Niño(s) del Padre Ausente: \_\_\_\_\_

Razón por la ausencia:

- Adopción de Padre/Madre Soltero/a     Divorcio     Separación  
 Separación Legal     Fallecimiento     Encarcelación  
 Otro: \_\_\_\_\_



D24216900181135

40. ¿Usted o alguien en su grupo familiar actualmente vive en una institución de tratamiento o para abuso de drogas? (es decir por tratamiento mental o por drogas).....  Sí     No

Si respondió "Sí", ¿quién?: \_\_\_\_\_

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

### ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL

41. ¿Hay alguien en su hogar que haya sido descalificado del Programa de Cuidado Infantil en cualquier estado del país por una violación a los reglamentos del programa? .....  Sí     No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

42. ¿Son sus bienes totales de un valor de más de un millón de dólares? .....  Sí     No

43. ¿Es alguna persona solicitando la Asistencia un miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América? .....  Sí     No

44. ¿Se considera en estos momentos vagabundo (sin un hogar)? .....  Sí     No

(algunos ejemplos de sin hogar son: que vive en un motel, hotel, campamento, o que no tiene una dirección fija, ni una residencia adecuada para pasar las noches.)

45. ¿Ha seleccionado a un proveedor de servicios de cuidado infantil? .....  Sí     No

(Si usted no ha seleccionado un proveedor de cuidado infantil, usted puede visitar en Internet [careaboutchildcare.utah.gov](http://careaboutchildcare.utah.gov) para buscar proveedores licenciados cerca de su domicilio.)

- ¿Ha el proveedor que usted seleccionó estado de acuerdo en cuidar a sus hijos?.....  Sí     No
  - Si contestó "Sí", complete la información debajo acerca del proveedor de cuidado infantil
  - Si contestó "No", póngase en contacto con su proveedor para obtener información.

Nombre de Proveedor(a) y N° de Teléfono	Cobros mensuales de Cuidado Infantil, si lo sabe	¿Es este proveedor un Pariente, Amigo o Vecino (FFN)*?	Liste su(s) hijo(s) bajo cuidado con este proveedor	Fecha en que los niños comenzaron a ser cuidados por este proveedor
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

\*Lea la sección de Educación al Cliente del Cuidado Infantil si va a seleccionar como proveedor a un Pariente, Amigo o Vecino.

¿Espera que el cobro mensual para el cuidado infantil cambie? .....  Sí     No

Si respondió "Sí", incluya la fecha en que se espera que el cambio de cobros por el proveedor cambie y explique por qué. Si el cambio es sólo temporal, incluya la fecha en que se espera que se termine:

\_\_\_\_\_

**Compare su horario de empleo y de capacitación con el horario en que su proveedor está abierto. Esto le ayudará a saber cuántas horas necesita de cobertura de cuidado infantil. Solamente provéanos el número de horas en que usted trabaja y las horas en que su proveedor está disponible para cuidar a sus niños.**

46. ¿Necesita el cuidado infantil mientras que uno de los padres trabaja? .....  Sí     No

Si respondió "Sí", ¿cuántas horas de cuidado infantil a la semana necesita mientras usted trabaja?

Nombre del Padre/Madre: _____	Horas Semanales: _____
Nombre del Padre/Madre: _____	Horas Semanales: _____

Para las familias con los dos padres en el hogar:

¿Cuántas horas semanales de cuidado infantil necesita mientras que usted trabaja y ninguno de los padres está disponible para cuidar sus niños? \_\_\_\_\_

47. ¿Se necesita el Cuidado Infantil mientras que uno de los padres asiste a clases?  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿cuántas horas de cuidado infantil a la semana se necesitan para asistir a clases en entrenamiento?

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_

Para las familias con los dos padres en el hogar: ¿Cuántas horas semanales de cuidado infantil necesita mientras que usted asiste a clases y ninguno de los padres está disponible para cuidar sus niños? \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Tipo de Capacitación o Grado: \_\_\_\_\_

¿Se va a graduar o completar el entrenamiento dentro de 24 meses?  Sí  No

Nombre de Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Tipo de Capacitación o Grado: \_\_\_\_\_

¿Se va a graduar o completar el entrenamiento dentro de 24 meses?  Sí  No

48. Los niños que necesitan el cuidado infantil, ¿tienen una discapacidad o tienen necesidad de un tipo de cuidado especializado (por ej., necesita equipo especial, asistencia con la alimentación, etc.)?.....  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿Quién? \_\_\_\_\_

## ASISTENCIA ALIMENTICIA

49. ¿Ha sido alguien de su grupo familiar descalificado del Programa de Asistencia Alimenticia debido a una violación al reglamento del programa en cualquier estado del país? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

50. ¿Hay alguien en su hogar que haya sido sancionado por el programa de Asistencia Alimenticia debido a la falta de participación en los requisitos de Empleo y Entrenamiento (E&T)?.....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Esta persona acepta participar?.....  Sí  No

51. ¿Hay alguien en su hogar responsable del cuidado de un menor de menos de 6 años? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién está cuidando al niño? \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

52. ¿Sería un problema el obtener cuidado de los niños para participar en los requisitos de Empleo y Entrenamiento? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", explique: \_\_\_\_\_

53. ¿Hay alguien en su hogar responsable por el cuidado de una persona discapacitada por 20 horas o más por semana? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

54. ¿Hay alguien en su hogar que haya quedado desempleado en los últimos 6 meses?.....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

55. ¿Hay alguien en su hogar temporariamente suspendido (laid off) de su empleo actual? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", explique: \_\_\_\_\_

56. ¿Hay alguien en su hogar en huelga? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

57. ¿Hay alguien en su hogar en período de prueba (Probation) o con libertad condicional (Parole)? .....  Sí  No

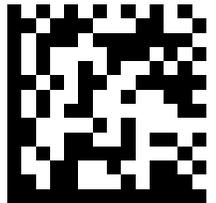
Si respondió "Sí", ¿Se le requiere que complete algunas actividades ordenadas por una corte

(ej. tiempo de libertad para trabajar o corte de drogas)? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades se le requiere que complete? \_\_\_\_\_

58. ¿Hay alguien en su hogar participando en un programa de tratamiento de drogas o alcohol? .....  Sí  No



D24216900181235

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Nombre del Programa: \_\_\_\_\_

59. ¿Hay alguien en su hogar que participa en cualquiera de los siguientes programas: Vocational Rehabilitation (Rehabilitación Vocacional), programas Older American, Easter Seals, o el Forestry Program, o está participando en el programa Choose to Work? .....  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Nombre de Programa: \_\_\_\_\_

60. ¿Hay alguien en su hogar participando en los servicios de empleo para refugiados?  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

61. ¿Es alguien en su hogar víctima de violencia doméstica? .....  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

62. ¿Hay alguien en su hogar sin poder acceder a cualquier tipo de transporte privado o público? .....  Sí  No  
Si respondió "Sí", explique: \_\_\_\_\_

63. ¿Está actualmente viviendo a más de 35 millas (56 km.) de un centro de empleos de DWS? .....  Sí  No

64. ¿Se encuentra sin domicilio o no tiene una dirección fija? .....  Sí  No

65. ¿Hay alguien en su hogar participando en el Programa de Asistencia Alimenticia en otro estado? ...  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

66. ¿Hay alguien en su casa de huésped?.....  Sí  No  
Si respondió "Sí", explique: \_\_\_\_\_

67. ¿Hay alguien en su hogar que sea un menor o un adulto bajo su tutela (Foster child, adult)? .....  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

68. ¿Hay alguien en su hogar que es un trabajador agrícola migratorio o de temporada? .....  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

69. ¿Hay alguien en su hogar que haya sido convicto por cualquiera de las siguientes razones Después del 22 de septiembre de 1996?:

- Recibir Asistencia Alimenticia duplicada mediante fraude en cualquier estado  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_
- Comprar o vender beneficios de Asistencia Alimenticia por más de \$500.....  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_
- Intercambiar Asistencia Alimenticia por armas, municiones, o explosivos .....  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_
- Intercambiar Asistencia Alimenticia por drogas .....  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

## SECCION MEDICA

70. ¿Tiene niño(s) que vive(n) en el hogar? .....  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿Está usted dispuesto(a) a cooperar con la Office of Recovery Services (ORS – Agencia a cargo de cobrar y pagar el Sustento de Menores o "Child Support") con respecto a establecer o cobrar los pagos del Sustento de Menores (Child Support) del/de los padre(s) ausente(s)?.....  Sí  No

71. ¿Alguna de las personas que viven en su casa tiene o califica para seguro continuado por su empleo o COBRA mediante un empleador? .....  Sí  No

72. ¿Alguna de las personas que viven en su casa tiene seguro médico (incluyendo beneficios del Sistema de Atención Médica VA, Tricare o Peace Corps), tiene seguro disponible pero no está afiliado, o ha tenido seguro en los últimos 6 meses? .....  Sí  No  
Si respondió "Sí", por favor complete siguiente información. (No anote Medicaid, Medicare, CHIP ni PCN)

### Seguro 1

Inscrito  No Inscrito, pero disponible (Complete el Anexo C)

Cancelado, fecha de cancelación: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de el/los individuo(s) con cobertura: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

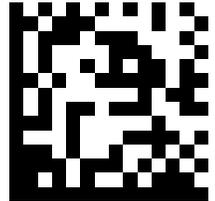
Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ N° de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_ N° de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Titular: \_\_\_\_\_

Si el seguro es mediante un empleador, ponga el nombre y teléfono del empleador: \_\_\_\_\_



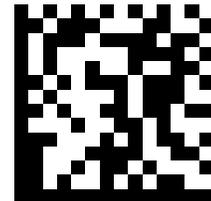
D24216900181335

Costo de la Prima: \$ \_\_\_\_\_ Fecha en que se debe pagar: \_\_\_\_\_

Frecuencia de Pago \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro:  Médico  Dental  Limitado  Comprensivo  
Fecha Inicio: \_\_\_\_\_ Cobertura: \_\_\_\_\_

¿Es este seguro mediante un plan de salud de jubilación? .....  Sí  No



D24216900181435

### Seguro 2

Inscrito  No Inscrito, pero disponible (Complete el Anexo C)

Cancelado, fecha de cancelación: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de el/los individuo(s) con cobertura: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ N° de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_ N° de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Titular: \_\_\_\_\_

Si el seguro es mediante un empleador, ponga el nombre y teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Costo de la Prima: \$ \_\_\_\_\_ Fecha en que se debe pagar: \_\_\_\_\_

Frecuencia de Pago \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro:  Médico  Dental  Limitado  Comprensivo  
Fecha Inicio: \_\_\_\_\_ Cobertura: \_\_\_\_\_

¿Es este seguro mediante un plan de salud de jubilación? .....  Sí  No

73. ¿Hay alguien en su grupo familiar que esté actualmente en Medicaid, CHIP o Medicare?  Sí  No  
Si respondió "Sí", marque el tipo de cobertura que tiene y el/los nombre/s de las personas junto al tipo de cobertura que tienen.

Medicaid: \_\_\_\_\_

CHIP: \_\_\_\_\_

Medicare: \_\_\_\_\_

74. ¿Alguna de las personas que viven en su casa ha sufrido una lesión en un accidente o ha sido víctima de un asalto en los últimos 12 meses? .....  Sí  No

75. ¿Hay alguien fuera de su casa que debe pagar por los servicios médicos de su grupo familiar?.....  Sí  No

76. ¿Hay alguien en la casa que tiene una condición médica grave? .....  Sí  No  
(Esto incluye embarazo/ cáncer/ enfermedad renal, etc. El contestar esta pregunta lo puede calificar para recibir ayuda extra)  
Si respondió "Sí", ¿quién?: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la condición médica? \_\_\_\_\_

77. ¿Hay alguien que le ayude a pagar su hipoteca/renta, alimentos o servicios públicos? .....  Sí  No

78. ¿Vive con por lo menos una persona menor de 19 años y es usted la persona principal que cuida a Este menor? .....  Sí  No

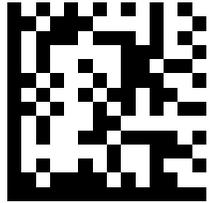
79. ¿Alguien en su grupo familiar que haya estado bajo tutela (Foster Care) a la edad de 18 o mayor? ...  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

80. **Deducciones:** Marque todas las que se apliquen y anote la cantidad, quién la recibió y frecuencia con que lo recibe. Si usted paga ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos para el gobierno federal, el hacernos saber podría hacer que el costo de su cobertura médica sea un poco más bajo.

**Nota:** No debería incluir aquellos gastos que usted ya ha considerado en la respuesta a los ingresos

netos de su empleo por cuenta propia (la pregunta 18).

- Intereses por préstamo educacional: \$ \_\_\_\_\_ ¿De quién? \_\_\_\_\_  
Frecuencia de pago \_\_\_\_\_
- Otras deducciones: \$ \_\_\_\_\_ ¿De quién? \_\_\_\_\_  
Frecuencia de pago \_\_\_\_\_



D24216900181535

**81. Otros Ingresos:** Marque todos los que se apliquen, anote la cantidad y frecuencia de recibo.

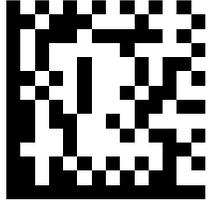
- Ingreso Neto de Agricultura o de Pesca \$ \_\_\_\_\_ ¿De quién? \_\_\_\_\_  
Frecuencia de pago \_\_\_\_\_
- Ingresos Netos de Renta o de Derechos de Autor \$ \_\_\_\_\_ ¿De quién? \_\_\_\_\_  
Frecuencia de pago \_\_\_\_\_

**82. Ingresos Anuales:** Complete solamente si sus ingresos varían de mes a mes. Si usted no espera cambios en sus ingresos mensuales, vaya a la siguiente pregunta.

Ingresos totales de ESTE año: \$ \_\_\_\_\_ Ingresos que se esperan para el PRÓXIMO año \$ \_\_\_\_\_

**83. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico?** \_\_\_\_\_

**FIRMA**



D24216900181635

Yo (escriba su nombre entero con letra imprenta) \_\_\_\_\_, leí o alguien me leyó la información que se encuentra en las siguientes páginas tituladas **Derechos y Responsabilidades y entiendo esas declaraciones**. Yo certifico bajo pena de perjurio que la información o respuestas dadas en esta solicitud están completas y correctas según mi fiel conocimiento. Yo también certifico que la información de ciudadanía y estado legal de extranjeros que di son correctos. Entiendo que puedo ser penalizado por la ley si cometo perjurio al entregar información falsa en forma intencional en esta solicitud o si no cumplo con reportar cualquier cambio. Yo soy la persona representada por la firma en este documento. El entregar un número de Seguro Social e información acerca del estado de extranjero o de ciudadanía es voluntario; sin embargo cualquier persona que quiere asistencia, pero que no provee esta información podría no calificar para los beneficios. El no cumplir con entregar esta información no sujeta al solicitante a cargos judiciales.

Tanto los números de Seguro Social como toda otra información que usted anota en esta solicitud para todos aquellos que están solicitando serán verificados por agencias federales, estatales y locales. La recaudación de esta información se autoriza bajo el Acta de Alimentos y Nutrición del 2008 (Food and Nutrition Act of 2008 , antiguamente llamada el Acta de Estampillas de Alimentos [Food Stamp Act]). Al firmar esta solicitud usted da autorización para facilitar información confidencial y llevar a cabo verificaciones por medio de sistemas computacionales, revisiones de programas, y auditorías con el Departamento de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (USCIS, antiguamente llamado INS), coordinación de servicios y otras agencias federales y estatales. La información que se reciba de USCIS puede afectar la elegibilidad de la familia y la cantidad de beneficios. Los números de Seguro Social para todos aquellos que están solicitando beneficios podrían ser compartidos con otras agencias federales y estatales para reexaminación oficial, con oficiales de la ley con el fin de detener a fugitivos de la ley y con agencias de cobro privadas. Esto también incluye investigaciones a cualquier otra organización o con individuos que podrían tener información acerca de la elegibilidad del solicitante y otros miembros de su hogar.

FIRMA Y (marque una de las casillas)  Solicitante  Representante Autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Representante Autorizado (Para la Asistencia Alimenticia Solamente) \_\_\_\_\_

**Representantes de Asistencia Alimenticia, Asistencial Financiera y Asistencia para el Cuidado Infantil**

Usted puede escoger un representante autorizado para que actúe en su nombre en asistencia con su solicitud, recertificación, y/o con el proceso de informar cambios. Su representante autorizado designado puede ayudarle en obtener y usar su Asistencia Alimenticia. Es necesario que llene y firme un formulario de Permiso para Divulgar Información para completar este proceso.

Me gustaría tener un representante autorizado: .....  Sí  No

Nombre(s) de representante autorizado: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Tipo de Representante:  Defensor Comunitario  Representante de un Agencia  ARC  Familiar  Otro

¿Alguien tiene poder legal para cualquier persona en su hogar? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

**Representantes Médicos**

¿Le gustaría dar autorización de acceso a un representante autorizado para su caso? .....  Sí  No

Si respondió "Sí", complete el Anexo D

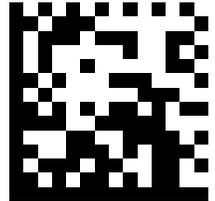
Complete la siguiente información si usted es un consejero certificado, navegador, agente, o corredor que está llenando este formulario por alguien más.

Fecha de comienzo de solicitud (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido y Sufijo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Organización: \_\_\_\_\_

Número de Identificación (Si se aplica): \_\_\_\_\_



D24216900181735

### Registración para Votar:

Si usted no se ha registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar su registración para votar aquí hoy? .....  Sí  No

- SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, USTED SERÁ CONSIDERADO COMO QUE DECIDIÓ NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTA OPORTUNIDAD.
- Si le gustaría tener ayuda en llenar el formulario de registración para votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o recibir ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario en forma privada. El solicitar la registración para votar o el negarse a llenar el formulario para votar no afecta en lo absoluto la cantidad de asistencia que usted recibiría.
- Si usted cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse para votar o de declinar la registración, en su derecho a la privacidad en su decisión de registrarse o en solicitar la registración para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, usted puede hacer una queja con: Lt. Governor, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT, 84114.

### Información Sólo para Programas Médicos

#### Renovación de Cobertura en los Años Futuros

Para hacerlo más fácil en determinar mi elegibilidad para ayuda en pagar la cobertura de salud en el los años futuros, estoy de acuerdo en permitir que el Mercado Federal de Seguros de Salud use mi información de mis ingresos, incluyendo la información de mis declaraciones de impuestos. También estoy de acuerdo en permitir que el Department of Workforce Services, el Department of Human Services y el Department of Health usen la información de mis declaraciones de impuestos. Yo puedo seleccionar la opción de no compartir mi información en cualquier momento. El Mercado de Seguros me enviará una notificación para permitirme hacer cualquier cambio.

Sí, favor de renovar mi elegibilidad automáticamente por los siguientes:

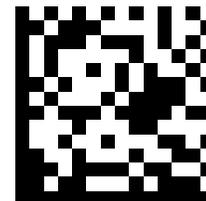
- 5 años (el número máximo de años que se permitan), o por menos años:
- 4 años       3 años       2 años       1 año
- No usen la información de mis declaraciones de impuestos para recertificar mi cobertura.

## ANEXO A

### MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE ES INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA (AI/AN)

(Solamente requerido para la Asistencia Médica)

Nombre de Caso: \_\_\_\_\_ N° de Caso: \_\_\_\_\_



D24216900181835

Complete este formulario si usted o un miembro de su grupo familiar es Indio Americano o Nativo de Alaska. Presente esta información junto con su solicitud para la Asistencia Médica.

**Por favor anote la información acerca de los miembros de su grupo familiar que son Indios Americanos o Nativos de Alaska:**

Los Indios Americanos o los Nativos de Alaska pueden obtener beneficios del Indian Health Services (Servicios de Salud de los Indios Americanos), de los programas de salud tribales, o de los programas urbanos de servicios a los indios americanos. Es posible que tengan que pagar partes de los costos y podrían tener períodos de inscripción especiales durante el año.

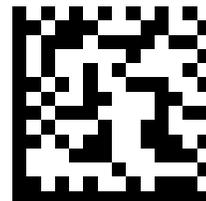
Conteste las siguientes preguntas para asegurarse que su familia reciba la mayor asistencia posible.

**NOTA:** Si usted tiene más personas que incluir, haga una copia de esta página y luego adjúntela.

	PERSONA 1 AI/AN		PERSONA 2 AI/AN	
	Primer	Segundo	Primer	Segundo
1. Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Apellido		Apellido	
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si respondió "Sí", nombre de la tribu:</b> _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si respondió "Sí", nombre de la tribu:</b> _____	
3. ¿Ha esta persona alguna vez recibido servicios del Indian Health Services (Servicios de Salud de los Indios Americanos), de los programas de salud tribales, o de los programas urbanos de servicios a los indios americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si respondió "No", ¿Es esta persona elegible para recibir servicios del Indian Health Services, de los programas de salud tribales, o de los programas urbanos de servicios a los indios americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si respondió "No", ¿Es esta persona elegible para recibir servicios del Indian Health Services, de los programas de salud tribales, o de los programas urbanos de servicios a los indios americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Ciertos dineros no se cuentan para Medicaid o para CHIP (Programa de Seguro de Salud para Niños). Anote todos los ingresos (cantidad y frecuencia de recibo) informados en su solicitud que incluyen dinero de estos recursos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago per cápita de una tribu que vienen de recursos naturales, derechos a uso, o rentas o regalías.</li> <li>• Pagos de recursos naturales, agricultura, cultivos, pesca, rentas o regalías de terrenos designados como terrenos de fideicomisos indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservaciones y antiguas reservaciones)</li> <li>• Dinero de la venta de artículos de significancia cultural.</li> </ul>	\$ _____  Frecuencia de Recibo _____		\$ _____  Frecuencia de Recibo _____	

**Programa/Empleador No Discriminatorio**

*Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al 801-526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y/o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.*

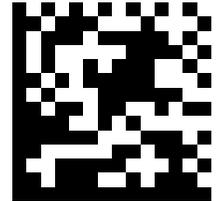


D24216900181935

**Esta página fue dejada en blanco intencionalmente**



**11. Deducciones:** Marque todos los que se apliquen, anote la cantidad y la frecuencia con que su dependiente lo recibe. Si pagan por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales, el decirnos acerca de ellas aquí podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.



D24216900182135

**Nota:** Usted no debería incluir algún costo que usted ya consideró en el ingreso neto del empleo por cuenta propia (pregunta 9).

<input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia (Alimony) pagada	\$	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Intereses de Préstamo Educacional	\$	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$	Frecuencia	

**12. Otros Ingresos:** Marque todos los que se apliquen, anote la cantidad y frecuencia con que su dependiente recibe el pago.

Ingreso Neto de Agricultura o de Pesca      \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Ingreso Neto de Renta o Regalías      \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

**13. Ingreso Anual:** Complete esta sección sólo si el ingreso de sus dependientes cambia de mes a mes.

Ingreso total de ESTE año \$ \_\_\_\_\_ Ingreso total del PRÓXIMO Año: \$ \_\_\_\_\_

**Programa/Empleador No Discriminatorio**

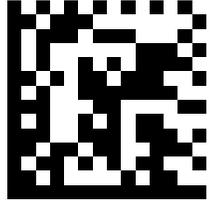
Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al 801-526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y/o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.



## B. Employer's Least Expensive Plan or Avenue H Default Plan

Questions below refer to the **employer's least expensive** plan or the **Avenue H Default Plan**.

- Yes  No
- Does the employee have to enroll in order to add their dependent(s)?
  - When will/did coverage begin? (mm/dd/yy) \_\_\_\_\_
  - When does the company's next open enrollment begin? (mm/dd/yy)  
\_\_\_\_\_
  - Complete the chart below. **Do not** include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.



D24216900182335

Monthly Premium			Yearly Health Plan Deductible	
	Employee's Portion	Company's Portion	Individual amount	\$
Employee	\$	\$	Family amount	\$
Employee + spouse	\$			
Employee + child	\$			
Family	\$			

## C. Employee's Health Plan Choice

Questions below refer to the plan that the employee has selected. Questions 3-7 refer to "in-network" benefits.

- Insurance company and plan name: \_\_\_\_\_
- Policy number, if known: \_\_\_\_\_
- Yes  No Is the deductible \$2,500 or less per individual?
- Yes  No Is the lifetime maximum benefit \$1,000,000 or more?
- Yes  No Does the plan pay at least 70% of an inpatient stay (after the deductible)?
- What benefits are covered under this plan? (Check all that apply.)  
 Physician visits     Hospital inpatient services     Pharmacy/Rx
- Yes  No Does the plan cover abortion services? If yes, under what circumstances:  
 Only in the case where the life of the mother would be endangered if the fetus were carried to term or in the case of incest or rape.  
 Other, please describe: \_\_\_\_\_
- Complete this chart only if it is different from the chart in section B.  
**Do not** include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

Monthly Premium			Yearly Health Plan Deductible	
	Employee's Portion	Company's Portion	Individual amount	\$
Employee	\$	\$	Family amount	\$
Employee + spouse	\$			
Employee + child	\$			
Family	\$			

- Yes  No
- Are the employee's children currently enrolled or do they plan to enroll in your company's dental plan? If yes, name(s): \_\_\_\_\_

## D. Signature

I certify that I am a representative of the Human Resource Department, or that I am the health insurance contact person. The information on this form is true and correct to the best of my knowledge.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Name (please print): \_\_\_\_\_  
 Title: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Please return completed form to:

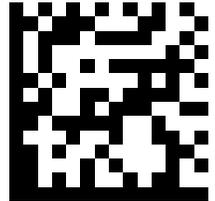
Department of Workforce Services, PO Box 143245, SLC, UT 84114-3245  
 Fax: 1-801-526-9500 Toll-free Fax: 1-877-313-4717

### Equal Opportunity Employer Program

Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities by calling (801) 526-9240. Individuals with speech and/or hearing impairments may call Relay Utah by dialing 711. Spanish Relay Utah: 1-888-346-3162



## ANEXO D AUTORIZACIÓN DE REVELAR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD MÉDICA



D24216900182435

Nombre del Cliente                      N° de Seguro Social                      N° de Caso                      Fecha de Nacimiento

Yo \_\_\_\_\_ entregó a:  
*(Cliente o Representante Autorizado)*

\_\_\_\_\_ la autoridad para:  
*(Nombre de persona u organización)*

(marque sólo una casilla)

Recibir información de Medicaid, CHIP, UPP, PCN o la Opción de Pago (Buyout) que tenga que ver con mi solicitud y caso actual o de un caso reciente, denegación o cierre de caso. Esta autorización es efectiva desde la fecha en que este formulario de autorización es firmado hasta que cualquiera de los siguientes ocurra primero:

- **La siguiente fecha:** \_\_\_\_\_ ; **O**
- **La solicitud médica sea denegada\***; **O**
- **Hasta 30 días después del mes en que el programa médico sea cerrado\*.**

\*Si la solicitud es denegada o el caso se cierra, la autorización de compartir la información del caso continúa a través del proceso de audiencia imparcial (fair hearing).

Hablar o actuar en mi nombre como un representante autorizado, lo cual incluye recibir información de elegibilidad de Medicaid, CHIP, UPP, PCN o la Opción de Pago (Buyout) que tiene relación con mi caso actual o de un caso reciente, denegación o cierre de caso. Esta autorización es efectiva desde la fecha en que este formulario de autorización es firmado hasta que el Department of Workforce Services reciba una notificación por escrito para revocar los permisos concedidos.

\_\_\_\_\_  
**Dirección y Número de Teléfono del Representante Autorizado**

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una notificación escrita al Department of Workforce Services (DWS). Entiendo que una revocación no es efectiva tanto que el Department of Health, mediante su Division of Medicaid and Health Financing (DMHF) o DWS han usado y confiado en la información de salud ya divulgada o compartida.

Entiendo mis derechos y responsabilidades descritas en la Notificación de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices). Para conseguir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad, visite el sitio de Internet - <http://health.utah.gov/hipaa/privacy.htm>.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. También entiendo que DWS no me puede denegar elegibilidad para los beneficios si me niego a firmar la autorización.

Entiendo que el entregar a una persona autoridad de representante autorizado significa que le estoy permitiendo actuar en mi nombre, lo cual incluye hacer cambios a mi caso médico y que cualquier cambio que hagan, yo sigo siendo responsable si ocurre un sobrepago.

Entiendo que una vez que la información se divulga de acuerdo a esta autorización, es posible que ya no esté protegida por la leyes de privacidad médica y podría ser divulgada o compartida por la agencia que la reciba.

**Nota: DMHF y DWS no comparten documentos controlados sin consentimiento de sus departamentos legales.**

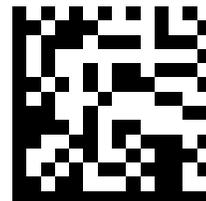
Al firmar este formulario, Yo reconozco que se me ha entregado una copia de esta autorización firmada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente, Custodio o Representante Autorizado                      /                      \_\_\_\_\_  
Fecha

Si es firmado por otra persona que no es el cliente, una descripción de la autoridad de servir: \_\_\_\_\_

**Programa/Empleador No Discriminatorio**

*Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al 801-526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.*

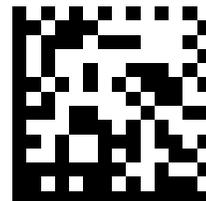


D24216900182535

**Esta página fue dejada en blanco intencionalmente**

# Información Importante de la Solicitud y Programa

(Guarde esta información para sus registros)



D24216900182635

## Información General

### **Cómo se Procesa la Solicitud**

Se toma una decisión acerca de los programas que usted solicitó dentro de 30 días de la fecha en que completa su solicitud. Algunas decisiones de programas médicos se pueden demorar más tiempo.

### **Cómo Administrar su Solicitud**

Usted puede administrar la información en su solicitud usando *myCase* en el Internet en [jobs.utah.gov](http://jobs.utah.gov).

- *myCase* puede ayudarle con preguntas de su caso, usted puede tener acceso a formularios, revisar sus notificaciones, y seguirle la pista a su solicitud.

Usted puede enviarnos sus verificaciones/comprobantes por:

- Fax al: 877-313-4717
- Correo Postal al: PO Box 143245, SLC, UT 84114-3245
- O al entregar sus comprobantes en la oficina de DWS más cercana a su domicilio

Puedes contactarse con nosotros por teléfono, llame al número gratis 1-866-435-7414 o si nos llama del Valle de Salt Lake al 801-526-0950

### **Entrevistas**

Cada programa tiene diferentes requisitos para las entrevistas. Si se le requiere completar una entrevista, le notificaremos mediante una carta.

### **Papeleo y Verificaciones**

Para prevenir retrasos en el procesamiento de su caso, entréguenos TODAS las verificaciones que se le han pedido lo más pronto posible.

- Los documentos de verificación generalmente se convierten a imagen digital dentro de 48 horas de oficina después que usted los ha entregado y se procesan generalmente dentro de 14 días en el orden en que se reciben.
- Su cuenta de *myCase* le mostrará qué verificaciones o comprobantes se han recibido y qué nos falta todavía. También puede usar *myCase* para ver las decisiones que se han tomado en los programas que ha solicitado.
- Asegúrese de incluir el número de caso en cada página que usted entregue.
- Es posible que sus beneficios sean prorrateados si los documentos y los formularios no se devuelven antes de 30 días después de la fecha de solicitud.

### **Si Usted es Aprobado**

Usted recibirá sus beneficios de Asistencia Financiera y/o Alimenticia, mediante su tarjeta Utah Horizon.

Se le enviarán las tarjetas médicas luego de ser aprobadas inicialmente, cuando las solicite y cada 36 meses.

Los beneficios de Cuidado Infantil se pagan directamente a los proveedores que usted haya seleccionado.

### **Instrucciones Básicas para la tarjeta Utah Horizon.**

Para activar su tarjeta y seleccionar un número de identificación personal (PIN) llame al departamento de servicio al cliente de Utah Horizon. Este número de teléfono se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta.

- Guarde su tarjeta Utah Horizon aún si su caso se cierra. Esto le ahorrará tiempo si solicita beneficios de nuevo en el futuro.
- Si usted se encuentra sin un domicilio o no tiene dirección postal, se le enviará su tarjeta a la oficina de correo más cercana a una dirección genérica (General Delivery).
- Mantenga su PIN secreto y no lo apunte en la tarjeta o en el sobre en el cual viene.
  - Si usted le da su tarjeta y PIN a cualquier persona, usted sigue siendo responsable por cualquier retiro de dinero o beneficios que se hagan en esta tarjeta.
  - Si usted extravía la tarjeta o si se la roban, necesita reportarla inmediatamente.

El departamento de servicio al cliente de Utah Horizon se encuentra disponible 24 horas al día, y 7 días por semana. Llame el departamento de servicio al cliente al (800) 997-4444 si:

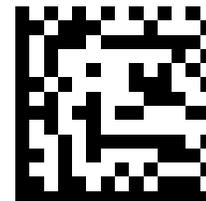
- Necesita revisar su balance.
- Necesita una tarjeta de reemplazo debido a que extravió su tarjeta o se la han robado, o simplemente ya no funciona.
  - Esta tarjeta de reemplazo se le enviará por correo.
- Necesita cambiar su número de identificación personal PIN por cualquier razón.
- Tiene preguntas de cómo usar su tarjeta.
- El cajero automático ATM no le da la cantidad correcta.

Si califica para los Servicios Expresos de Asistencia Alimenticia y no ha recibido su tarjeta dentro de 7 días de su solicitud, póngase en contacto con el centro de empleos de DWS más cercano a su domicilio. Para todos los demás casos en que no recibió su tarjeta, o si no la recibió debido a un cambio de dirección, llame al 801-526-0950 o al 1-866-435-7414.

### **Nuestros Programas**

Los programas de Asistencia Financiera, de Cuidado Infantil, y Asistencia Alimenticia son programas temporarios para asistirle mientras que se esfuerza para aumentar los ingresos de su familia mediante un empleo, el Sustento de Menores (Child Support), y/o pagos de discapacidad. DWS ofrece una gran variedad de servicios de preparación para el empleo en nuestras oficinas para ayudarle cuando busca empleo, incluyendo referencia a empleos, talleres, entrevistas de práctica, currículos, Evaluaciones de Preparación para Empleo (Work Readiness Evaluations), y otros servicios mediante un Asesor de Empleo de DWS que tiene las habilidades para ayudarle. Para tener más información acerca de los servicios disponibles

o para ponerse en contacto con un Asesor de Empleos, póngase en contacto con el Centro de Empleos de DWS más cercano a su domicilio.



D24216900182735

## Programa de Asistencia Alimenticia

### ***Cuándo se Hace la Asistencia Alimenticia Disponible***

Los beneficios de Asistencia Alimenticia se hacen disponibles en forma automática a su cuenta EBT Utah Horizon si su solicitud es aprobada. Por cada mes que recibe Asistencia Alimenticia, se le depositarán los beneficios en su tarjeta EBT basado en la primera letra de su apellido, aun cuando es un día feriado o fin de semana.

<b>Primera Letra de su Apellido</b>	<b>Fecha Disponible</b>
A - G	el 5 del mes
H - O	el 11 del mes
P - Z	el 15 del mes

### ***Cómo Usar su Tarjeta EBT para la Asistencia Alimenticia***

Usted puede usar su tarjeta EBT de la misma manera que una tarjeta de débito en la mayoría de las tiendas que venden alimentos.

- Una vez que el cajero/a ha sumado el total de los artículos que puede comprar con la tarjeta EBT, usted pasa su tarjeta en la máquina para aceptar tarjetas en la caja y luego ingrese su PIN.
- El costo de los artículos comprados se restan de su cuenta EBT de Asistencia Alimenticia.
- No hay recargo por impuestos de venta por los artículos que compre con los beneficios de Asistencia Alimenticia.

Guarde sus recibos que muestran el total de su compra y el balance de su cuenta EBT en sus registros en caso que tenga preguntas o problemas con su cuenta.

Las familias **PUEDEN** usar la Asistencia Alimenticia para comprar:

- Alimentos No Preparados
- Pan y cereales
- Frutas y verduras
- Carne, pescado y ave
- Productos Lácteos
- Plantas y semillas para cultivar alimentos

Las familias **NO PUEDEN** usar la Asistencia Alimenticia para comprar:

- Artículos preparados (Alimentos calientes y alimento que se puede consumir en la tienda)
- Cerveza, vino, licor, cigarrillos o tabaco
- Artículos que no son alimentos:
  - Alimentos para mascotas
  - Jabón
  - Productos de papel
  - Artículos de limpieza
  - Vitaminas y medicamentos
  - Artículos de higiene personal tales como champú, desodorante, pasta dentífrica, cosméticos

No intercambie o venda sus beneficios de Asistencia Alimenticia o su tarjeta EBT (De Transacciones Electrónicas de Beneficios)

- El intercambio o venta de su Asistencia Alimenticia o su tarjeta por dinero, artículos que no califican, o servicios se conoce como "tráfico" y es ilegal.
- El intercambio o venta de su Asistencia Alimenticia o su tarjeta EBT podría resultar en la pérdida de sus beneficios y en penas judiciales.

### ***Cómo Reportar Cambios***

Para la Asistencia Alimenticia, usted debe reportar cualquier cambio en sus ingresos antes del 10 del mes siguiente después que ocurrió el cambio si excede el límite de ingresos. Si usted es un adulto apto sin dependientes (ABAWD), también debe informar si usted ya no está trabajando 20 horas a la semana en el trabajo.

## Programas Financieros

### ***Información Financiera***

Los programas de Asistencia Financiera son de asistencia temporal con dinero efectivo con el propósito de aumentar los ingresos al enfocarse en empleo, conseguir los pagos de sustento infantil de un padre ausente (Child Support) y/o pagos de discapacidad. Todos los programas financieros tienen límites de cuánto tiempo puede recibir beneficios de este programa.

- Los límites de tiempo varían de acuerdo al tipo de programa.

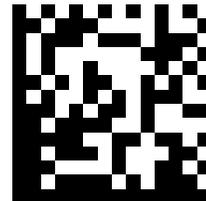
### ***Participación para Programas Financieros***

Es un **REQUISITO** que participe en actividades de empleo, será necesario que se reúna con un asesor de empleos para que le asista en crear un plan de empleo y fijar metas que le ayudarán a aumentar los ingresos de su familia.

- Este plan de empleo se basará en sus necesidades y metas individuales.
- Si usted tiene niños, es posible que se le asista con los pagos de cuidado infantil mientras que participe en las actividades de empleo.
- Se le enviará una notificación para explicarle cómo ponerse en contacto con un asesor de empleos.

Se le **REQUERIRÁ** que solicite todos los beneficios financieros para los cuales tiene derecho, tales como:

- Beneficios de Seguro Social
- Seguro de Desempleo
- Beneficios para Excombatientes
- Seguro por Accidentes Laborales (Workers' Compensation)
- Pagos de Acuerdos por Seguros (Insurance settlements)
- Programas de asistencia financiera de Tribus Indio-Americanas
  - La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) está disponible en Utah mediante el Programa Navajo Nation Tribal TANF. Si usted es un miembro activo de una de esta tribus o vive dentro de los límites del programa tribal, es posible que califique para los beneficios financieros mediante el TANF tribal.
  - El Bureau of Indian Affairs administra un programa financiero de Asistencia General (GA) que se podría ofrecer mediante una tribu india local.



D24216900182835

### ***Como Usar sus Beneficios Financieros***

Para **TODOS** los programas financieros, se le requerirá que participe en las actividades de empleo antes de que se le autoricen los pagos.

- La mayoría de los beneficios financieros se hacen disponibles el primero del mes.
- Los pagos para algunos programas se emiten el 5 y el 20 del mes. Su asesor de empleos le hará saber cuándo puede esperar recibir sus beneficios.

### ***La Compra de Artículos***

Usted puede usar su tarjeta para comprar cosas que necesita en las tiendas que aceptan tarjetas Visa.

Usted también puede retirar sus beneficios en dinero efectivo en la mayoría de los cajeros automáticos ATM y máquinas junto a cajas de las tiendas.

- Le pueden cobrar una pequeña tarifa por transacciones a su cuenta al retirar dinero en efectivo.
- Las tiendas pueden también limitar la cantidad de dinero en efectivo que puede recibir con su compra.

Si se le emiten beneficios financieros para los cuales usted no calificaba en su cuenta Utah Horizon, los fondos pueden ser retirados y devueltos al Estado de Utah sin notificarle previamente a usted de este retiro. Usted recibirá una notificación después de que los beneficios financieros se hayan retirado.

### ***Asistencia Financiera – Familias con Niños***

Se le requerirá que provea verificación o comprobante de su parentesco con todos los miembros de su hogar.

Se requiere que los niños entre los 6 y 18 años de edad asistan a la escuela por tiempo completo.

- Los niños entre los 16 y 18 años de edad que no estén asistiendo a la escuela deben participar con un asesor de empleos.

### ***Los Programas para Familias y el Sustento de Menores***

El Sustento de Menores (Child Support) es un elemento importante para aumentar los ingresos de su familia. Cuando las familias reciben el sustento de menores en forma adecuada, pueden avanzar en la autosuficiencia.

- Si usted recibe el sustento de menores para algún niño en su hogar, se le requerirá que haga el proceso de transferencia de estos fondos al Estado de Utah mediante el Office of Recovery Services - ORS (oficina a cargo de recaudar el sustento de menores).
- Si usted no recibe el sustento de menores para un niño en su casa, se le requerirá que coopere con el Office of Recovery Services en establecer y recaudar el sustento de menores de un padre ausente.

### ***Asistencia Financiera – Sin Hijos***

#### **Programa de Asistencia General (GA)**

Es posible que se le considere para este programa si usted tiene una discapacidad que le prevenga trabajar en cualquier ocupación por 60 días o más desde la fecha de solicitud.

- DWS le entregará un formulario médico que necesita ser llenado por un doctor o un profesional de la salud con la licencia correspondiente.

### ***Asistencia en Efectivo para Refugiados***

Si usted no es un Ciudadano de los Estados Unidos de América pero es un refugiado o asilado y ha recibido ese permiso de residencia dentro de los últimos 8 meses, usted podría calificar para este programa.

- Se le requerirá que entregue un comprobante de su estado de inmigración.

## **Programas de Cuidado Infantil**

### ***Información del Cuidado Infantil***

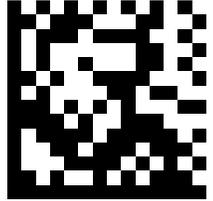
La Asistencia de Cuidado Infantil es un programa de subsidio que ayuda a los padres a pagar a un proveedor aprobado por el cuidado de los niños mientras que el padre o madre trabaja o asiste a la escuela.

DWS tiene una cantidad máxima de subvención que se puede cubrir por mes.

- Usted deberá pagar los copagos basados en el tamaño de su grupo familiar e ingresos. DWS determina la cantidad del subsidio para el cual usted califica y la cantidad de su copago.
- Debido a que los proveedores pueden cobrar más de la cantidad de la subvención, es posible que usted tenga gastos adicionales de su propio bolsillo para su proveedor sobre la cantidad del copago. Usted es responsable de pagar a su proveedor la diferencia entre lo que ellos le cobran a

usted y lo que DWS paga.

- Por ejemplo:
  - Su proveedor cobra \$530 por mes por sus servicios.
  - DWS determina que usted califica por \$510 menos un copago de \$77. La cantidad de subvención que DWS paga a su proveedor es:
    - \$433. ( $\$510 - \$77 = \$433$ )
    - Usted hace su copago de \$77 más \$20 adicionales que cobra el proveedor. ( $\$530 - \$433 = \$97$ )
    - El costo total que usted le debe al proveedor es \$97.



D24216900182935

Los grupos familiares que ganan menos del límite federal de pobreza no tienen que cumplir con los requisitos de copagos. Sin embargo, estas familias todavía podrían tener gastos de sus propios bolsillos que son responsables de pagar a su proveedor.

- Si usted va a usar más de un proveedor, no hay ninguna garantía que más de un proveedor reciba un pago.
- Una vez que es aprobado(a) para el Cuidado Infantil, los pagos se harán disponibles al comienzo de cada mes.

### **Elegibilidad para la Asistencia de Cuidado Infantil**

Su hogar debe incluir un niño elegible menor de 12 y/o un niño con necesidades especiales menor de 18 años.

- Los padres que trabajan deben ganar al menos el salario mínimo por las horas que trabajen.
- Un padre/madre soltero(a) debe trabajar un promedio de 15 horas por semana.
- En una familia con ambos padres: uno de los padres tiene que trabajar un promedio de 15 horas por semana, y el otro padre tiene que trabajar un promedio de 30 horas por semana.
- El Cuidado Infantil también puede ser aprobado para el entrenamiento si el/los padre(s) cumple(n) con los requisitos mínimos de trabajo y puede(n) completar el entrenamiento dentro de 24 meses. Los estudios de postgrado, o la obtención de un segundo grado universitario no se cubren.
- Los padres que tienen empleos por cuenta propia deben haber estado empleados por cuenta propia por lo menos por tres meses de anterioridad. Los gastos se pueden descontar del ingreso bruto. El ingreso neto debe ser igual al sueldo mínimo por el número de horas que se trabajan cada mes.

### **Cómo Seleccionar un Proveedor de Cuidado Infantil**

Usted tiene el derecho a seleccionar un(a) proveedor(a) de cuidado infantil que satisfaga de mejor manera las necesidades de su familia.

- Visite [careaboutchildcare.utah.gov](http://careaboutchildcare.utah.gov) para hacer búsquedas en el Internet de proveedores en su área y averigüe más acerca del cuidado infantil y qué es lo que debe buscar en un ambiente de cuidado infantil.
- También puede ponerse en contacto con su oficina de Care About Childcare (Cuidado Infantil) local para obtener ayuda en encontrar un(a) proveedor(a).
  - Llame el Child Care Professional Development Institute al número gratis 855-531-2468 para encontrar una oficina de Care About Childcare cerca de su domicilio.
- Solamente infórmenos de su selección de proveedor de cuidado infantil una vez que se haya reunido con el proveedor, y que haya negociado una fecha de comienzo y cuánto le van a cobrar. Podría haber un retraso en el procesamiento de su solicitud, si no ha hecho una selección al momento de hacer su solicitud para Cuidado Infantil.
- Si usted no ha seleccionado un proveedor de Cuidado Infantil, usted puede reportar estos cambios en [jobs.utah.gov/mycase](http://jobs.utah.gov/mycase) o al ponerse en contacto por teléfono con el Centro de Servicios de Elegibilidad al número gratis al 866-435-7414.

Si usted selecciona a un Pariente, Amigo, o Vecino (DWS FFN) como su proveedor:

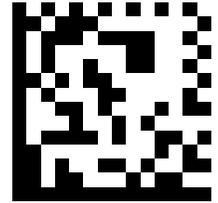
- Ellos deben solicitar que la oficina de Child Care Licensing (Oficina de Licenciamiento de Cuidado Infantil - CCL) les de la autorización de ser un proveedor de cuidado infantil DWS-FFN, ANTES de que se apruebe el programa de cuidado infantil.
- Su proveedor puede presentar una solicitud en Internet en [childcarelicensing.utah.gov](http://childcarelicensing.utah.gov) o puede llamar al 800-883-9375 para solicitar la licencia.
- Si su proveedor de tipo FFN no ha completado el proceso de solicitud, se le enviará una notificación con información a usted para que se la entregue a ellos. Su solicitud para Cuidado Infantil es válida desde que su proveedor FFN es aprobado.
- Su proveedor debe enviar una solicitud mediante [childcarelicensing@utah.gov](mailto:childcarelicensing@utah.gov) o al llamar al 800-883-9375 para ser considerado.
- Su proveedor(a) y sus (de ellos) miembros de la familia que sean mayores de 12 años deben pasar una verificación de antecedentes penales y además completar todos los requisitos de Salud y Seguridad administrados por Child Care Licensing.
- Si usted selecciona un proveedor que vive con usted, se considerará el otorgamiento de una exención solamente si hay un menor en el hogar que tiene necesidades de cuidado especializado.
- Si usted ha seleccionado un proveedor que está en la lista actual de proveedores de DWS FFN, por favor verifique que su proveedor se ponga en contacto con la oficina de Child Care Licensing para informales que va a proveer servicios a sus niños. Necesitarán su número de caso con DWS. Están limitados en cuanto al número de niños que pueden cuidar. Si tienen más del límite permisible de niños bajo su cuidado, es probable que usted tenga que seleccionar a otro proveedor.

### **Pagos a los Proveedores**

Los pagos se hacen directamente al proveedor que usted haya seleccionado cada mes. Su proveedor recibirá los pagos de Cuidado Infantil ya sea por depósito directo a la institución bancaria que ellos escojan o mediante cheque.

- Su proveedor tiene que ponerse en contacto con la Oficina de Cuidado Infantil por email a: [occ@utah.gov](mailto:occ@utah.gov) para establecer una cuenta en el Portal para Proveedores de DWS para hacer depósito directo.

Nota: Es muy importante que usted reporte inmediatamente cuando su proveedor ya no cuide a sus niños, cuando usted cambia de proveedores, o cuando cambia la cantidad que su proveedor cobra. Siempre revise myCase para ver cuando se emiten los pagos y cuánto dinero se ha autorizado para su(s) proveedor(es). Es su responsabilidad de asegurarse que los pagos de Cuidado Infantil se hagan al proveedor correcto para el mes de servicio aprobado. Si usted cambia de proveedor después que ya se le haya pagado a su proveedor actual por el mes que han proveído cuidado, usted será responsable de pagarle a su nuevo proveedor por el mes del cambio. DWS no hará el cambio de proveedor hasta el mes siguiente.



D24216900183035

### **Asistencia de Cuidado Infantil para la Búsqueda de Empleo:**

Se hacen también disponibles hasta dos meses de Cuidado Infantil para los padres que califiquen para poder encontrar un empleo nuevo mientras que los niños pueden quedarse en un ambiente de cuidado infantil estable. Hay también recursos disponibles de búsqueda de empleo de la Oficina de Cuidado Infantil para los que los soliciten.

#### **Requisitos de Elegibilidad:**

- Tiene que haber recibido Apoyo de Empleo o Cuidado Infantil de Transición en el mes de la pérdida del empleo.
- Tiene que haber estado trabajando por lo menos por 32 horas a la semana y haber sufrido una pérdida total del empleo.
- Tiene que ser un padre/madre jefe del hogar soltero.
- Tiene que reportar la pérdida del empleo a DWS dentro de 10 días del término del empleo y solicitar el Cuidado Infantil para Búsqueda de Empleo.  
Los cambios se pueden reportar en [jobs.utah.gov/mycase](http://jobs.utah.gov/mycase) o al llamar al Centro de Servicios de Elegibilidad al 866-435-7414.
- Tiene que cumplir con todos los otros requisitos de elegibilidad del programa de Cuidado Infantil.

La Asistencia de Cuidado Infantil para Búsqueda de Empleo se limita a una vez en un período de 12 meses. Se debe comprobar la pérdida de empleo para poder recibir un segundo mes de Cuidado Infantil para Búsqueda de Empleo. El número de horas para la búsqueda de empleo será igual a las horas aprobadas para el último mes de empleo.

## **Otra Información**

### **Pases Descontados para Autobuses de UTA**

Usted puede usar el valor en dinero efectivo de su tarjeta Utah Horizon para comprar un pase mensual descontado para un adulto.

- Disponible para usar en el sistema UTA en cualquier lugar entre Payson y Brigham City.
- Este pase se puede usar cuantas veces quiera en viajes locales y para TRAX por un mes de calendario.
  - Esta tarifa descontada se aplica a los pasajeros de entre 18 y 64 años de edad.
- Dos niños de 5 años y menores pueden acompañar al pasajero adulto con un pase mensual.
- Se requieren tarifas adicionales para el servicio Express y el servicio Premium.

Para averiguar dónde se puede comprar un pase descontado de autobús con el valor en beneficios en efectivo de la tarjeta Utah Horizon, visite su cuenta de myCase y haga clic en el enlace de UTA.

### **Sitios Útiles para Otros Servicios**

#### **General**

- Jobs.utah.gov: <http://jobs.utah.gov>
- 2-1-1 Información y Referencia: [www.uw.org/211](http://www.uw.org/211)
- Centros de Empleos Locales: <http://jobs.utah.gov/regions/ec.html>
- Seguro de Desempleo: <https://jobs.utah.gov/ui/ContinuedClaims/UIAccountHome.aspx>
- Registración para Votar: <https://secure.utah.gov/voterreg/index.html>
- Reglamentos de Asistencia Alimenticia, Financiera y de Cuidado Infantil: [http://jobs.utah.gov/infosource/eligibilitymanual/eligibility\\_manual.htm](http://jobs.utah.gov/infosource/eligibilitymanual/eligibility_manual.htm)

#### **Asistencia Alimenticia**

- Folleto de Asistencia Alimenticia (#313): <http://snap.ntis.gov/pdf/313S.pdf>
- WIC: <http://health.utah.gov/wic/>
- Educación de Nutrición: <http://extension.usu.edu/foodsense/>

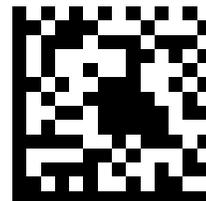
#### **Asistencia Financiera**

- ORS/Sustento de Menores (Child Support): [www.ors.utah.gov](http://www.ors.utah.gov)
- Asistencia para Adopción: <http://jobs.utah.gov/customereducation/services/financialhelp/adoption/index.html>

#### **Cuidado Infantil**

- Para obtener más información: [jobs.utah.gov/occ/index.html](http://jobs.utah.gov/occ/index.html)
- Transferencia de Fondos para el Cuidado Infantil con Sistema IVR: [http://jobs.utah.gov/customereducation/services/childcare/paying\\_provider.html](http://jobs.utah.gov/customereducation/services/childcare/paying_provider.html)
- Busque cuidado infantil de calidad: <http://careaboutchildcare.utah.gov>

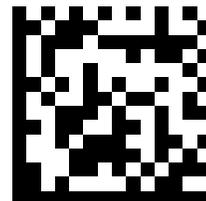
# DERECHOS Y RESPONSABILIDADES



D24216900183135

## SUS DERECHOS

- Usted tiene el derecho a ser tratado con cortesía, dignidad y respeto.
- Usted tiene el derecho a un intérprete.
- Las personas que son sordos o que tienen dificultad auditiva, o tienen discapacidad en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA, DWS o DOH mediante el Sistema Federal de Relé al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (español).
- Para conseguir cualquier otra información con respecto a problemas con el Programa de Asistencia con Nutrición Adicional (SNAP), las personas se pueden poner en contacto con el Número de Asistencia para el USDA SNAP al (800) 221-5689, el cual también se encuentra en español o al llamar al 1-866-526-3663 o al 1-800-371-7897; se encuentra en Internet en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).
- USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.
- De acuerdo con la Ley Federal el Reglamento del Departamento de Salud y el Departamento de Servicios Humanos (DHHS) de los Estados Unidos de América, esta institución tiene prohibido el discriminar en base a raza, color de piel, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad sexual, o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, visite en Internet el sitio: [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) o póngase en contacto con DHHS Office for Civil Rights at 999 18th Street, South Terrace, Suite 417, Denver, Colorado, 80202 o al 303-844-2024, 303-844-3439 (TDD).
- El Título VI del Acto de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar información racial y étnica, pero usted no tiene la obligación de proveer dicha información. Si usted decide no proporcionar esta información, esto no afectará su caso. Si usted no nos proporciona esta información, el trabajador contestará la pregunta. Esta información se pregunta para asegurarse que los beneficios de estos programas se emitan sin consideración a raza, color de piel, u origen nacional.
- Usted tiene el derecho de solicitar y re-solicitar asistencia pública cuando quiera para los programas que ofrece el Department of Workforce Services (DWS). Las solicitudes para recibir CHIP, el programa de la Red de Cuidado Primario (Primary Care Network), y el programa de UPP sólo serán aceptadas durante los periodos de inscripción abierta.
- Usted tiene el derecho de saber si su solicitud fue aprobada o denegada, y también la razón por la decisión.
  - Para la Asistencia Alimenticia - su asistencia debe ser otorgada a todas las personas que califiquen en su hogar dentro de los primeros 30 días de haber entregado su solicitud.
  - Para la Asistencia Médica, Asistencia Financiera y del Cuidado Infantil, la decisión se tomará dentro de 30 días. Si su petición para la Asistencia Médica, es por Discapacidad o Minusvalía, puede tomar hasta 90 días.
  - Para PCN/UPP/CHIP, se tomará una decisión dentro de 30 días.
  - Su solicitud se considerará para todos los programas seleccionados. Es posible que reciba notificaciones de aprobación o negación por separado, dependiendo de las reglas de cada programa individual en su solicitud.
- Usted tiene el derecho de saber si su asistencia es reducida o cancelada. En el caso de Asistencia Alimenticia, existe una excepción importante a esta norma. Si solicita Asistencia Financiera y Alimenticia, no recibirá un aviso con anticipación si se baja su cantidad de Asistencia Alimenticia si está aprobado para Asistencia Financiera.
- Si está en una institución y solicita Asistencia Alimenticia y SSI al mismo tiempo, la fecha de presentación de su solicitud será la fecha cuando usted salga de la institución.
- Usted tiene las siguientes opciones si no está de acuerdo con las decisiones tomadas en su caso:
  - Hablar con su trabajador para asegurarse que no existen malentendidos entre ustedes.
  - Hablar con el supervisor de su trabajador.
  - Comunicarse con la sección Atención al Cliente de DWS al 801-526-4390 o 800-331-4341.
  - Solicitar por escrito u oralmente una Audiencia dirigida por un oficial imparcial. Para la Asistencia Médica tiene que solicitar una audiencia imparcial por escrito. En su Audiencia Imparcial usted puede escoger ser representado por un abogado, familiar, amigo u otro portavoz.
  - Servicios gratuitos de asesoría legal están disponibles por Utah Legal Services al 801-328-8891, o gratuito al 1-800-662-2538. Puede obtener referencias para servicios de asesoría legal de Salt Lake Lawyer Referral, al 801-531-9075.
- Usted tiene el derecho de conservar su privacidad en su hogar. DWS no puede entrar a su hogar sin su consentimiento, o hacer uso de fuerza para entrar a su hogar. DWS no puede visitarle en su hogar después de horas de trabajo sin antes programar una cita.
- Si usted recibió pagos bajo un plan de seguro de consorcio para cuidado de largo plazo, es posible que algunos bienes materiales no se cuenten para decidir su elegibilidad. En este caso, el Estado no recupera los costos médicos de esos bienes después de su defunción.
- El Department of Workforce Services, o alguien por su parte, tal vez se comunique con usted para preguntarle de la eficacia de los servicios recibidos.
- Usted tiene el derecho de acceso a la información en el archivo de su caso.
- Usted tiene el derecho de recibir información sobre cómo inscribirse para votar, y si lo requiere, puede solicitar ayuda para llenar los formularios para el registro de elector.

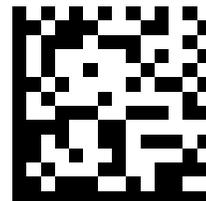


D24216900183235

- La información que proporciona en su solicitud tal vez sea compartida con oficiales de la ley, con el fin de detener a fugitivos de la ley.
- Cuando sus ingresos hayan aumentado lo suficiente para no necesitar asistencia financiera, usted puede continuar recibiendo asistencia médica, asistencia alimenticia, y el cuidado infantil si usted cumple ciertos requisitos. Pida más información de su asesor de empleos.
- De acuerdo con las leyes de Derechos Civiles Federales y los Reglamentos y Políticas de Derechos Civiles del U.S. Department of Agriculture (Dept. de Agricultura de los Estados Unidos de América - USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas, y empleados, e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido la discriminación basada en raza, color de piel, procedencia nacional, sexo, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas, o las represalias o venganza debido a actividad anterior por los derechos humanos en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA.
- Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener la información de los programas (ej. Braille, letras de impresión grande, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deberían ponerse en contacto con la Agencia (Estatad o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas o con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden contactarse el USDA mediante el Servicio de Relé Federal al (800) 877-8339. Además la información de los programas se puede hacer disponible en otros idiomas aparte de inglés.
- Para presentar una queja con un programa por discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación en Programa de USDA, (AD-3027) que se encuentra en Internet en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y presente en la carta toda la información que se pide en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Presente el formulario completo o carta a USDA por:
  - o Correo a: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
  - o Por Fax al: (202) 690-7442; o
  - o Por Email a: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).
- Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

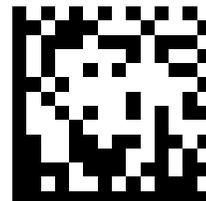
## SUS RESPONSABILIDADES

- En Utah los que reciben servicios médicos (Medicaid, CHIP, UPP, PCN) son inscritos en forma automática en el Utah Clinical Health Information Exchange (cHIE o Sistema de Intercambio de Información de Salud Clínica de Utah). Para conseguir más información o para cambiar a no participar más en cHIE, visite [www.mychie.org](http://www.mychie.org) o contacte a su proveedor de cuidado de salud.
- Usted debe informarnos de todos los cambios que afecten su elegibilidad para programas de asistencia pública. Una vez que su solicitud sea aprobada, su trabajador le proporcionará información específica sobre los cambios que debe informarnos.
- Usted necesita proporcionar el número de Seguro Social de todas las personas en su hogar que solicitan asistencia pública, excepto para el programa de asistencia para el Cuidado Infantil, CHIP, y asistencia de emergencia de Medicaid. Si usted no tiene un número de Seguro Social, necesita proporcionar un comprobante que verifica que está en el proceso de solicitarlo. Usted puede recibir asistencia pública mientras espera su nuevo Número de Seguro Social.
- Usted debe cooperar con cualquier revisión de su caso dirigida por la unidad de Control de Calidad y/o DWS.
- Usted necesita proporcionar la información necesaria para comprobar que tiene derecho a recibir asistencia pública. Si no comprende los requisitos, o no puede proporcionar lo necesario, por favor comuníquese con su trabajador(a) social.



D24216900183335

- Usted debe informarnos si es un prófugo de la ley tratando de evitar acción judicial, el ser detenido o ir a la cárcel por un delito grave o por infringir las condiciones de su periodo de prueba o libertad condicional.
- Participación en Actividades de Empleo y Entrenamiento de la Asistencia Alimenticia. Una vez que ha sido aprobado, se le podría requerir que participe en algunas actividades de empleo y entrenamiento para así poder continuar recibiendo los beneficios de Asistencia Alimenticia. Se le podría requerir que:
  - Se registre para buscar empleo
  - Complete los talleres que se requieran
  - Complete actividades de búsqueda de empleo
- Si se le requiere que participe en actividades adicionales, usted recibirá una notificación
- Si usted no cumple con su participación en las Actividades de Empleo y Entrenamiento, usted quedará descalificado de obtener la Asistencia Alimenticia por un mínimo de un mes por la primera vez que ocurra, tres meses por la segunda y seis meses por las veces subsiguientes. Primero debe cumplir con su período de sanción (uno, tres o seis meses) a menos que cumpla con una exención o tiene una causa justificable (“good cause”). Una vez que cumpla con el período de sanción, podría calificar para la Asistencia Alimenticia de nuevo si usted está de acuerdo en participar en las actividades de Empleo y Entrenamiento o si usted queda exento de participar.
- Usted queda exento de participar si cumple con cualquiera de las siguientes razones:
  - Tiene 60 años de edad o mayor
  - Tiene menos de 16 años de edad
  - Tiene 16 o 17 años de edad y está asistiendo a la escuela por lo menos de mitad de horario
  - Tiene 16 o 17 años de edad y está registrado en la escuela
  - Tiene 16 o 17 años de edad y no es nominado como jefe de hogar
  - Si no está apto física o mentalmente para el empleo
  - Está recibiendo Asistencia Financiera para familias con niños
  - Está recibiendo un pago financiero por adelantado (“diversion” en inglés)
  - Es responsable por el cuidado de un dependiente de menos de 6 años de edad
  - Es responsable por el cuidado de una persona discapacitada
  - Está recibiendo Seguro de Desempleo o está solicitando/esperando una decisión
  - Está participando en forma regular en un programa de tratamiento de drogas y alcohol
  - Está trabajando por lo menos por 30 horas por semana O ganando por lo menos el equivalente de 30 horas por semana multiplicado por el Salario Mínimo Federal
  - Es un estudiante registrado por lo menos por la mitad del horario y cumple con los requisitos de elegibilidad para estudiantes
  - Está participando en servicios de empleo para refugiados
- Se le podría descalificar de recibir beneficios de Asistencia Alimenticia si usted hace alguno de los siguientes dentro de 30 días de su solicitud o mientras está recibiendo beneficios de Asistencia Alimenticia:
  - Voluntariamente renuncia a su empleo donde trabajaba 30 horas a la semana o más mientras que ganaba el salario mínimo
  - Voluntariamente reduce las horas de empleo
- El período de sanción es de un mes por la primera vez, tres meses por la segunda vez, y seis meses por todas las veces subsiguientes. Usted debe completar el período de sanción (uno, tres o seis meses) a menos que cumpla con una exención o tenga una causa justificable (“good cause”).
- Adultos Físicamente Aptos y Sin Dependientes (ABAWD es la sigla en inglés): Adultos Físicamente Aptos son aquellos que están saludables, que no han sido diagnosticados por un doctor como discapacitado y que no tienen niños dependientes viviendo en el hogar. El programa de Asistencia Alimenticia permite que los adultos físicamente aptos para el empleo y sin dependientes que reciban beneficios de Asistencia Alimenticia por 3 meses en un período de 36 meses sin tener que participar en actividades de empleo y entrenamiento para los físicamente aptos. Después de los tres meses iniciales, un adulto físicamente apto debe cumplir con una de las siguientes razones para continuar calificando para la Asistencia Alimenticia:
  - Estar trabajando por lo menos 20 horas a la semana
  - Estar asistiendo a un tipo de entrenamiento o escuela por lo menos por lo menos por un horario parcial
- 
- Si usted recibe asistencia médica, tiene que informar a DWS si cuenta con seguro médico. Es posible que se le requiera inscribirse en un plan de salud médico.



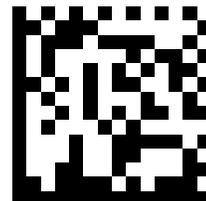
D24216900183435

- Si usted es aprobado para recibir asistencia financiera, tendrá que ceder a Office of Recovery Services (Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) todo el sustento de menores (“Child Support”), asistencia médica, o pensión por divorcio o separación que usted hubiese recibido para su familia durante el tiempo que reciba esta asistencia. El sustento de menores y los pagos de pensión por divorcio o separación serán utilizados para compensar el costo de proveer asistencia financiera a su familia.
- Para recibir la Asistencia Financiera mediante el “Programa Familiar de Empleo”, es necesario que usted coopere con la Office of Recovery Services (ORS) (oficina del gobierno encargada de recaudar el dinero del Sustento de Menores[ Child Support]) en obtener la cantidad de Sustento de Menores y/o la cobertura médica, a menos que usted tenga una “causa justificada” para no cooperar.
- Usted podría calificar para pedir una “causa justificada” para NO cooperar con ORS.  
Una causa justificada para no cooperar con ORS se considera cuando:
  - El niño por el cual se busca el apoyo fue concebido como resultado de incesto o violación.
  - Hay procesos pendientes de adopción del menor ante una corte o jurisdicción competente, o alguna agencia licenciada ya sea pública o privada está ayudando al individuo a resolver el asunto de ya sea mantener o dar al menor para adopción y las discusiones no han durado más de tres meses.
  - Se puede esperar razonablemente que la cooperación al tratar de establecer la paternidad o lograr el apoyo pueda resultar en daño físico o emocional a usted o a su(s) hijo(s). La fuente del daño físico o emocional puede provenir de otros individuos y no necesariamente del padre/madre ausente.
  - Si usted no tiene evidencias que apoyen su petición de una “causa justificada”, usted puede pedir que se haga una audiencia imparcial y su testimonio bajo juramento se puede tomar como evidencia que apoye una causa justificada.
- Si usted no coopera con la Office of Recovery Services – ORS o tiene una causa justificada para no cooperar, su familia no puede calificar para la asistencia financiera de larga duración.
- Los padres de familia tienen la responsabilidad de sostener a sus hijos menores de edad hasta que éstos logren su emancipación al cumplir 18 años, al casarse, o por mandato de orden judicial. Se requiere que los padres de familia que reciben asistencia financiera o médica cumplan con las órdenes y cobro del sustento de menores y la recaudación financiera médica, a menos que usted pueda proporcionar una causa justificada para no cooperar.
- Si el Department of Health of Utah (UDOH) paga su atención médica, usted asigna a ésta sus derechos a pagos desde cualquiera tercera persona y de asistencia para servicios médicos. Usted acepta entregar a UDOH cualquier dinero que reciba de una póliza de seguros, o de alguien con la responsabilidad de pagar sus cuentas médicas. Usted autoriza pagos directamente a UDOH o a Office of Recovery Services (Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) y considera libre de culpa a cualquiera parte que realice pagos directamente a ellos. Usted acepta cooperar con el Estado de Utah al perseguir y demandar a cualquiera tercera parte que sea responsable por gastos médicos.
- Usted autoriza a cualquier persona u organización a divulgar sus registros médicos o información sobre su salud o la salud de sus dependientes al Utah Department of Health (UDOH), la División Financiera del Cuidado de Salud, o quien sea designado. El UDOH y el Department of Workforce Services pueden proporcionar a los proveedores de salud la información sobre su derecho a recibir la asistencia médica.
- En caso de mi muerte y la muerte de mi cónyuge, el estado tiene el derecho a recuperar de mis propiedades todo el dinero gastado para mis cuentas médicas si recibo PCN y/o Medicaid en cualquier momento mientras que tenga 55 años de edad o más. El estado no tiene el derecho de recaudar de mis propiedades o bienes aquellos costos pagados como beneficios de elegibilidad por un programa de costo compartido de Medicare (QMB, SLMB, o QI).
- Usted está de acuerdo en que la asistencia que reciba bajo cualquier programa médico se limitará de acuerdo a lo descrito en el Manual de Proveedores escrito por el Department of Health. Entiende que la asistencia que tiene derecho a recibir puede cambiar sin su conocimiento o consentimiento. También, está de acuerdo de ser responsable por cualquier copago (co-pay) a proveedores al momento de recibir el servicio, a menos que esté libre de esos copagos.
- Todos los niños inscritos en el programa de Medicaid también serán inscritos automáticamente al Sistema de Información y Vacunación del Estado de Utah (USIIS). Si no desea que su niño(a) sea agregado(a) a este sistema, llame a la Línea de Información USIIS al número 801-538-6872, o a la línea de acceso directo del Sistema de Vacunación al 1-800-275-0659.
- Si usted recibe asistencia pública sin tener derecho a recibirla, tiene que devolver la cantidad total.
- Si usted selecciona un proveedor de cuidado infantil que no necesita licencia, el Estado de Utah no regulará ni monitoreará el cuidado infantil. Le podemos dar más información acerca de cómo escoger un buen proveedor de cuidado infantil.

## VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

- Todas las personas solicitando asistencia pública deben saber que tanto su Número de Seguro Social como cualquier otra información que proporcionen estará sujeta a una verificación por el sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos del Estado. DWS utilizará el método de concordancia electrónica para asegurarse que su hogar cumpla con los requisitos de elegibilidad necesarios para recibir asistencia alimenticia y otros programas de asistencia pública federal. DWS, el Department of Homeland Security (Departamento de Seguridad Nacional), la Administración de Seguridad Social (SSA) y la

agencia de Servicios de Impuestos Internos (IRS) llevarán a cabo verificaciones computarizadas, evaluaciones de programas, y auditorías. También, llevarán a cabo investigaciones a instituciones bancarias y de préstamos, y a otras organizaciones y personas que puedan contar con información sobre su elegibilidad y la de otras personas en su hogar. Su solicitud puede ser negada y sujeta a enjuiciamiento penal si usted intencionalmente provee información falsa. La información que USCIS nos entregue puede afectar la elegibilidad de su grupo familiar y la cantidad de beneficios.



D24216900183535

- La concordancia electrónica se llevará a cabo cuando entregue su solicitud y después de empezar a recibir asistencia. Su asistencia alimenticia, financiera, médica, y para el cuidado infantil puede ser reducida, no aprobada, o cancelada de acuerdo con la información obtenida. La información que nos entregue en su solicitud será verificada usando recursos Federales, Estatales y Locales. Su solicitud para Asistencia Alimenticia puede ser negada y/o usted puede ser sujeto a proceso judicial si usted provee información falsa.

## OBEDEZCA LAS REGLAS DE LOS PROGRAMAS

- Todos los miembros de su hogar tienen que obedecer las reglas y proporcionar información correcta y completa. No entregue información falsa para recibir beneficios. No dé su Asistencia Alimenticia a otras personas que no tengan el derecho a usarla, y no compre artículos ineligibles. No utilice la Asistencia Alimenticia de otras personas, a menos que usted sea el representante autorizado.
- No intercambie o venda su tarjeta EBT. No use los beneficios de Asistencia Alimenticia para comprar productos no alimenticios, como alcohol, cigarrillos, o para pagar cuentas de crédito. El usar los beneficios para comprar alimentos con crédito puede resultar en su descalificación.
- **Si desobedece cualquiera de estas reglas, puede ser descalificado de recibir Asistencia Alimenticia, Financiera, y el Cuidado Infantil.**
  - **La primera vez que viole las reglas, podría no recibir asistencia durante 12 meses.**
  - **La segunda vez, podría no recibir asistencia por 24 meses.**
  - **La tercera vez, podría no tener derecho a recibir asistencia en forma permanente al programa de Asistencia Alimenticia, Financiera, y para el Cuidado Infantil. También, puede ser procesado por la violación a otras leyes.**
  - **Tal vez tenga una multa de hasta \$250,000, o se le dé una sentencia de cárcel hasta 20 años.**
  - **Es posible que la Corte ordene 18 meses adicionales de cancelación de elegibilidad si es encarcelado por un delito o por un delito de menor cuantía relacionado al uso de los beneficios de Asistencia Alimenticia.**
  - **Si un tribunal de justicia lo/la encuentra culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada, usted no calificará para los beneficios por dos años por la primera ofensa, y en forma permanente si es la segunda ofensa.**
  - **Si un tribunal de justicia lo/la encuentra culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucra la venta de armas, municiones, o explosivos, usted no calificará para los beneficios en forma permanente por la primera ofensa.**
  - **Si un tribunal de justicia lo/la encuentra culpable de haber traficado beneficios por un monto total de \$500 o más, usted será descalificado de participar en el Programa en forma permanente por la primera violación a la regla.**
  - **Si se descubre que usted ha hecho una declaración fraudulenta o representación falsa con respecto a la identidad o lugar de residencia para recibir beneficios múltiples de Asistencia Alimenticia en forma simultánea, usted será descalificado de participar en el Programa por un período de 10 años.**
- El proporcionar información falsa o la participación fraudulenta en cualquier programa resultará en una acción criminal o civil, y/o demandas administrativas.
- Si usted vende los alimentos que compró con su Asistencia Alimenticia, usted no tendrá derecho al programa de Asistencia Alimenticia durante 12 meses por la primera infracción, y 24 meses por la segunda infracción, y permanentemente por otra infracción.
- Usted no tendrá derecho a recibir Asistencia Alimenticia, Financiera, y para el Cuidado Infantil por 10 años por la primera y segunda infracción si hace declaraciones falsas sobre su identidad y domicilio con la intención de recibir múltiples casos de asistencia pública. Por la tercera infracción, no tendrá derecho a recibirla en forma permanente.
- Las tarjetas EBT no se deben usar para acceder a beneficios de dinero en efectivo en un Punto de Venta (POS) o cajero automático en un establecimiento que principalmente vende licor, permite juegos de azar y apuestas, o que provee entretenimiento orientado para adultos en el cual los actores o intérpretes se desnudan o actúan desnudos.
- Cualquier cliente que acceda a sus beneficios en dinero efectivo en uno de los establecimientos listados arriba puede ser descalificado de los Programas de Empleo Familiar por 12 meses por una violación intencional a los reglamentos del programa.

### **Programa/Empleador No Discriminatorio**

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al 801-526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y/o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.