

SOLICITUD DE AYUDA

Bienvenido al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), División de Asistencia Familiar (DFA)

Para solicitar los programas y servicios que ofrecemos, debe llenar esta *solicitud de ayuda*, luego tener una entrevista y entregarnos una prueba de las circunstancias de su núcleo familiar. Por favor lea toda la información que se le da, y responda todas las preguntas lo mejor que pueda. **No responda nada que no entienda.** Si necesita ayuda para llenar esta *solicitud*, díganos. **Tiene derecho a presentar inmediatamente esta solicitud siempre que esta incluya el nombre y la dirección del solicitante, así como la firma del integrante del hogar responsable o de su representante autorizado.** No obstante, podremos averiguar si puede obtener beneficios mucho más rápido si llena toda la *solicitud*. Si solo desea los beneficios de cupones de alimentos y está llenando toda la *solicitud*, complete todas las secciones excepto la sección I.

La ayuda de la DFA se basa en sus ingresos. Algunos programas de la DFA también pueden examinar el valor en efectivo de las cosas que posee, sus "activos", en el momento de averiguar si reúne las condiciones para un programa que ofrecemos.

Beneficios de cupones de alimentos (FS)

El Programa de cupones de alimentos ayuda a las personas de bajos ingresos a comprar los alimentos que necesitan para tener buena salud. Deberá tener una entrevista con un empleado del DHHS para saber si cumple los requisitos de este programa. Sus beneficios de cupones de alimentos (FS, por sus siglas en inglés) se basan en la fecha de la solicitud, que es la fecha en la que la oficina de distrito recibe su solicitud completa. Si usted reside en una institución que está solicitando conjuntamente SSI y beneficios de cupones de alimentos antes de abandonar la institución, la fecha de presentación de su solicitud es la fecha en que abandona la institución. Con identificación, puede obtener beneficios FS de emergencia en el plazo de 7 días calendario si:

- su ingreso bruto mensual es menor de 150 dólares y sus recursos en efectivo son menores de 100 dólares;
- sus gastos de alojamiento son mayores que sus ingresos brutos y que sus recursos en efectivo; o
- es un trabajador agrícola migrante o estacional indigente, tal como se define en 7 CFR 273.10(e)(3).

Números del Seguro Social (SSN)

La Ley Federal de Privacidad de 1974, con sus modificaciones, nos obliga a informarle de las leyes que nos permiten pedir el número del seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) de cada persona que solicita ayuda, si usted tiene la obligación de dárselo, y lo que haremos con él. El SSN se requiere para los siguientes programas. Detrás de cada programa está la ley o la norma que nos exige pedirle el SSN:

- FANF: 42 USC 405(c)(2), 45 CFR 205.52, RSA 167:4-c, y RSA 167:79,iii(h).
- Cupones de alimentos: RSA 167:4-c, Ley de alimentos y nutrición de 2008 (anteriormente Ley de cupones de alimentos), con sus modificaciones, 7 USC 2011-2036, 7 CFR 273.2(b)(4)(i), y 7 CFR 273.6.
- Asistencia médica y otra ayuda económica: RSA 167:4-c, sección 2651 de PL 98-369, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, y 42 USC 1320b-7.

Cada persona que quiera recibir ayuda de los programas anteriores, debe proporcionar un SSN o solicitar un SSN en la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). Los integrantes de su hogar que no deseen solicitar beneficios no necesitan proporcionar un SSN. Si solamente solicita ayuda para algunos integrantes de su familia, como

por ejemplo un padre que solicita asistencia médica para un hijo, solo tiene que darnos el SSN de su hijo o solicitar uno para él. Si solo nos da el SSN de su hijo, esto no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir cobertura médica.

Si no proporciona un SSN por cada persona que solicita los programas indicados, se le puede denegar su solicitud o puede obtener menos beneficios. Si alguien necesita ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. TTY: 1-800-325-0778.

Para solicitar solamente cuidado infantil no es necesario presentar el SSN, pero si lo hace puede ayudar a reducir el proceso de verificación de elegibilidad.

Pedimos el SSN para poder verificar la información sobre la identidad, ingresos devengados y no devengados y recursos que nos dio. Lo compartiremos y verificaremos con:

- instituciones federales, estatales y locales;
- oficinas dentro del DHHS, tal como lo autoriza la ley federal;
- bases de datos sobre empleo y desocupación;
- el Servicio de Impuestos Internos (IRS) y la SSA;
- instituciones financieras; y
- otros programas de cotejo electrónico de datos.

Esta información se usará para:

- averiguar si es elegible o si sigue siendo elegible para la ayuda solicitada;
- calcular el monto de sus beneficios o averiguar si hay errores en su elegibilidad o beneficios; e
- investigar una sospecha de abuso de las leyes o normas del programa.

Se podrá revelar a otras agencias federales y estatales para la inspección oficial y a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, a fin de que puedan arrestar a las personas que se fuguen para eludir la ley. Si se presenta una demanda de cupones de alimentos contra su núcleo familiar, la información de esta solicitud, incluidos todos los SSN, se puede enviar a los organismos federales y estatales, al igual que a organizaciones privadas de gestiones de cobranza, para reclamaciones relacionadas con la gestiones para el cobro.

No damos el SSN ni ninguna otra información concerniente a los no solicitantes a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés), ni a ninguna otra organización que no esté relacionada directamente con los programas o servicios que ofrece el DHSS.

Medicaid de emergencia para no ciudadanos

Se ofrece Medicaid de emergencia a determinadas personas no ciudadanas, sin importar su situación de inmigración, para cubrir algunos servicios de emergencia, que incluyen el parto y alumbramiento. **Para solicitar Medicaid de emergencia no es necesario presentar el número del seguro social.**

Ciudadanía e identidad

Para cada integrante de su hogar para el que solicite ayuda, debe declarar si ese integrante es ciudadano o no, y probarlo. Los no ciudadanos que soliciten ayuda, salvo en el caso de Medicaid de emergencia, deben presentar documentación del USCIS de su condición legal como extranjero que reúne las condiciones. Se verificará la documentación del USCIS, y la condición de no ciudadanos de los integrantes del hogar que presenten la solicitud se someterá a verificación mediante la presentación de información de la solicitud a USCIS. La información presentada que USCIS reciba podrá afectar la elegibilidad y los beneficios.

Seguros de terceros o pagos por asistencia médica

Si solicita asistencia médica, el hecho de recibir esta ayuda significa que cede al DHHS sus derechos a todos los seguros o pagos por asistencia médica de terceros, sin que nadie tenga que firmar ningún otro formulario. Se debe facturar a todas las partes disponibles y todos los pagos resultantes se deben aplicar al costo de la asistencia médica antes de que el DHHS pague. Además, si usted recibe una liquidación o una indemnización de un tercero responsable, debe reembolsar el dinero que el DHHS haya pagado por los servicios médicos relacionados. RSA 167:14-a

Beneficios recibidos por error

Deberá devolver cualquier beneficio o servicio recibido por error, sin importar si cometió un error en la información que proporcionó, o si omitió proporcionárnosla. Si recibe cupones de alimentos, también deberá devolver cualquier beneficio que reciba por error si cometimos un error al tramitar su caso.

Manutención o atención médica infantil

Si solicita pagos en efectivo de TANF, el hecho de recibir esta ayuda significa que cede al DHHS sus derechos a la manutención infantil. Sin firmar ningún otro formulario, usted otorga al DHHS el derecho a recaudar y quedarse con los pagos de manutención infantil hechos en nombre de sus hijos, que reciben la ayuda. RSA 161-C:22.

El DHHS recauda y se queda con el pago de la manutención para recuperar parcialmente el monto que se le ha pagado en efectivo. Si los pagos de manutención son iguales o mayores que el monto que le damos, se cerrará su caso de ayuda en efectivo y los pagos de ayuda se le enviarán a usted.

El hecho de recibir Children's Medicaid (Medicaid para niños) significa que cede los derechos de atención médica infantil. Esto significa que usted debe cooperar con el DHHS para establecer y hacer cumplir la atención médica de sus hijos. La atención médica infantil generalmente se refiere al seguro médico que proporciona el padre ausente, pero también puede ser un monto en dólares que paga el otro padre de forma continua para que usted pueda adquirir un seguro médico para sus hijos.

Si recibe dinero para adquirir un seguro médico, el estado se quedará con ese dinero si usted recibe Medicaid para su hijo y se usará para reembolsar al gobierno estatal y federal. Si no se ha determinado la paternidad de alguno de sus hijos que recibe Medicaid, también deberá cooperar con el DHHS para determinar legalmente la paternidad.

La cesión de los derechos de manutención es una exigencia. Cuando se reúna con el empleado de la oficina de distrito, le explicará sus derechos y responsabilidades y las sanciones por incumplimiento sin tener una buena razón.

Fecha en que comienza su elegibilidad en Medicaid

En general, su elegibilidad en Medicaid comenzará el día que cumpla todos los requisitos del programa que solicitó, inclusive el límite de recursos.

SOLO PARA USO DEL ORGANISMO

Este es su registro de solicitud, que llenará un empleado del Departamento de Salud y Servicios Humanos y se lo devolverá. DFA ha recibido

una solicitud completa para _____	de _____	el _____
Oficina de distrito		Firma del empleado

SOLICITUD DE AYUDA

A. Por favor díganos quién es usted y dónde vive.

Nombre legal completo: _____ Lengua materna: _____

Lugar actual de residencia: Casa propia Centro de enfermería Hogar para adultos Vivienda con asistencia
 Vivienda grupal Sin hogar Hospital Hotel/Motel Centro residencial de cuidados Otro

Dirección: _____ Dirección postal: _____
 (si es diferente)

Ciudad/estado/código postal _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Celular/mensaje: _____

Correo electrónico: _____ No tengo correo electrónico

¿Alguien de su familia recibe Medicare, Parte A o B? S N

¿Por qué necesita nuestra ayuda? _____

Proveedor de la información: _____
 (si no es el solicitante) Nombre Dirección N.º de teléfono

B. Por favor nombre a las personas que viven con usted. Empiece por usted mismo e indique TODAS las personas que viven con usted. No tiene que dar el número del seguro social ni la condición de ciudadanía de las personas que no soliciten ayuda.

Nombre legal completo:	SSN	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Ciudadano de EE.UU.?	Estudiante (Sí o No. Si responde "Sí" escriba también el grado)	RID (Solo para uso de DFA)
1.			YO	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
2.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
3.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
4.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
5.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
6.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

C. Quiero solicitar: (TIPO DE AYUDA SOLICITADA)

- TODOS LOS PROGRAMAS Dinero en efectivo Cupones de alimentos Cuidado infantil
- Atención comunitaria y en el hogar (HCBC) Programas de ahorro de Medicare (MSP) [QMB/QWDI/SLMB/SLMB135]
- Servicios de un centro de enfermería (NF) - Nombre del centro: _____
- Asistencia médica – Si necesita asistencia médica para un niño, embarazada o padre o madre/pariente encargado del cuidado de un niño, también debe completar el adjunto titulado *Medical Assistance for Children, Pregnant Women, and Parent/Caretaker Relatives (Asistencia médica para niños, embarazadas y padre o madre/pariente encargado del cuidado de un niño)*

D. La siguiente información se recaba para garantizar que se trata a todas las personas de manera justa, sin importar su raza, color u origen nacional. Sus respuestas son voluntarias. La información que proporcione no afectará su elegibilidad ni el monto de los beneficios.

¿Es usted hispano o latino? Sí No

¿Es: blanco? S N asiático? S N hawaiano o de otras islas del Pacífico? S N
 negro o afroamericano? S N indígena americano o nativo de Alaska? S N

SOLO PARA USO DEL ORGANISMO:

N.º RFA: _____ N.º de caso: _____ Formularios entregados: 725 177

Dinero en efectivo	ABIERTO CERRADO DENEGADO	FECHA: _____	OD: _____
Cupones de alimentos	ABIERTO CERRADO DENEGADO	FECHA: _____	OD: _____
AM	ABIERTO CERRADO DENEGADO	FECHA: _____	OD: _____
CM/MCPW	ABIERTO CERRADO DENEGADO	FECHA: _____	OD: _____
Cuidado infantil	ABIERTO CERRADO DENEGADO	FECHA: _____	OD: _____

Estado de tarjeta EBT: Ninguna Activa Desactivada Cancelada

POR FAVOR FIRME SU SOLICITUD AL DORSO

E. Por favor infórmenos sobre todos los ingresos de todas las personas de su hogar.	G. Sus gastos:
--	-----------------------

Sus salarios: \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	
Otros salarios: \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	
Otros salarios: \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	
¿Alguien perdió su trabajo recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si es así, ¿quién? _____ ¿Cuándo? ____/____/____				
SSA/SSDI: \$ _____	Pensión alimenticia del cónyuge: \$ _____			
SSI: \$ _____	Desempleo: \$ _____			
VA: \$ _____	Manutención de menores: \$ _____			
Pensión: \$ _____	Otro: \$ _____			

Alquiler (mensual): \$ _____
Hipoteca (mensual): \$ _____
Arriendo de terreno/cuota de condo \$ _____
Impuestos (anualmente): \$ _____
Cuidado de personas a cargo: \$ _____
Gastos médicos: \$ _____
Costos relacionados con su actividad comercial: \$ _____

F. Por favor infórmenos sobre todos los activos de todas las personas de su hogar.

Cuenta corriente/ahorros: \$ _____	Otra cuenta corriente/ahorros: \$ _____
Acciones, bonos, certificados de depósito: \$ _____	Cuenta personal de jubilación (IRA): \$ _____
Renta vitalicia de Ud. o su cónyuge: \$ _____	Otros activos: \$ _____
Fideicomisos: \$ _____	Seguro de vida: \$ _____
Vehículo (año/modelo): _____	Vehículo (año/modelo): _____

¿Recibió más de \$20 de ayuda para el combustible en este o en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Paga los siguientes servicios públicos por separado de su alquiler o hipoteca?	
Calefacción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Electricidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

H. Por favor responda todas las preguntas.

1. ¿Es usted un trabajador agrícola migrante o temporero? Sí No
2. ¿Usted u otro integrante de su hogar ha recibido asistencia de cupones de alimentos este mes? Sí No
3. ¿Actualmente vive en un refugio para personas maltratadas? Sí No
4. ¿Alguien de su hogar es ciego o está discapacitado? Sí No
5. ¿Ha vendido o transferido propiedades en los últimos 5 años? Sí No
6. ¿Alguien de su hogar recibe actualmente ayuda de otro estado? Sí No
 Si es así, ¿de qué estado? _____ ¿Qué clase de ayuda? _____

I. ¿Solo desea cupones de alimentos? En ese caso, puede pasar ahora a la sección J. Si desea dinero en efectivo, asistencia médica o para cuidado infantil, responda todas las preguntas de esta sección antes de pasar a la sección J.
--

1. ¿Alguien de su hogar está embarazada o ha dado a luz en los últimos 3 meses? Sí No
2. ¿Tiene alguna factura médica impaga de los últimos 3 meses que quisiera que le ayudaran a pagar? Sí No
3. ¿Si solicita Ayuda económica para familias necesitadas (FANF, por sus siglas en inglés), el nombre del padre está en blanco o "no declarado" en la partida de nacimiento de alguno de sus hijos? Sí No
4. Si solicita FANF, ¿cuántos padres ausentes? _____
5. ¿Usted u otro integrante de su familia tiene otro seguro social aparte de Medicaid? Sí No
 Si es así, ¿cuál es el nombre de la aseguradora? _____ Número de póliza: _____

J. Firmas

CERTIFICO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE HE REVISADO LA INFORMACIÓN DE ESTA SOLICITUD, INCLUSIVE LA INFORMACIÓN QUE SE INDICA EN EL ADJUNTO, QUE ES VERAZ Y COMPLETA A MI LEAL SABER Y ENTENDER, INCLUSIVE LA INFORMACIÓN SOBRE LA CIUDADANÍA Y SITUACIÓN LEGAL DE EXTRANJERÍA DE LOS MIEMBROS QUE SOLICITAN AYUDA. ENTIENDO QUE ES POSIBLE QUE SE DEBA LLEVAR A CABO UNA ENTREVISTA FINANCIERA Y MÉDICA COMPLETA ANTES DE QUE PUEDA DETERMINARSE MI ELEGIBILIDAD.

_____ Firma del solicitante	_____ Fecha	
_____ Firma de la persona que ayuda al solicitante	_____ Fecha	_____ Relación con el solicitante
Retiro mi solicitud de: <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Asistencia médica <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Cuidado infantil <input type="checkbox"/> HCBC/NF <input type="checkbox"/> MSP		

_____ Firma	_____ Fecha
-----------------------	-----------------------

Certifico que he dado a la(s) persona(s) antedicha(s) la oportunidad de revisar esta solicitud. También certifico que le(s) he dado una copia de este formulario, si fue solicitada.

_____ Nombre en letra de imprenta y firma	_____ Cargo/Organismo	_____ Fecha
---	---------------------------------	-----------------------

SOLICITUD: SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Límites de tiempo

Solo puede recibir Ayuda económica para familias necesitadas 60 meses en toda su vida. Los meses que recibió esta ayuda durante su infancia no cuentan para el límite de por vida. Su límite de tiempo empieza cuando recibe beneficios como adulto. **No hay límite de tiempo en Programas complementarios del estado, Asistencia médica, Beneficios de cupones de alimentos o ayuda para cuidado infantil.**

Recurso administrativo

Usted o alguien que lo represente pueden solicitar un recurso administrativo, si no está satisfecho con cualquier decisión que el DHHS haya tomado respecto a su elegibilidad. Un abogado, usted mismo, u otra persona, como un familiar o un amigo, pueden representarlo en el recurso administrativo. El DHHS no pagará el costo de los servicios jurídicos, pero en NH encontrará servicios jurídicos gratuitos y a costo reducido. Puede solicitar un recurso administrativo verbalmente o por escrito, poniéndose en contacto con la oficina de distrito o el DHHS, 105 Pleasant Street, Concord, NH 03301-6521. Teléfono (603) 271-4292 o 1-800-852-3345 ext. 4292; Acceso TDD: Retransmisión NH 1-800-735-2964 o 711.

- todos los cambios en el hogar, como matrimonios, divorcios, nacimientos, abandono del hogar por los hijos, etc.
- proveedor de cuidado de menores;
- recursos (por ejemplo, dinero en efectivo, acciones, bonos, o dinero en un banco o cuenta de ahorros);
- recibo de un pago único o liquidación;
- costos de residencia o albergue; o
- gastos de cuidado de personas a cargo, pago de manutención infantil o deducciones médicas, u otros cambios que puedan afectar la cantidad de beneficios de su hogar.

Control de calidad

Su caso se puede seleccionar para un control de calidad u otra revisión gubernamental. Dicha revisión implica una investigación a fondo de la situación económica o médica de su hogar, vivienda y otras circunstancias. Podemos comunicarnos con bancos, empleadores, empresas, comerciantes, proveedores de cuidado infantil y otras fuentes apropiadas, respecto a su núcleo familiar y las declaraciones que hizo al DHHS. **No cooperar en estas revisiones podría tener como consecuencia la pérdida de sus beneficios.**

Protección de asistencia médica para los beneficiarios del seguro social

Si recibe ayuda de dinero en efectivo en virtud del programa OAA, ANB o APTD y, debido a un aumento por costo de vida en su seguro social o a este aumento combinado con un incremento en otros ingresos, lo descalifica para recibir ayuda económica, aún puede tener derecho a asistencia médica, en virtud de la Enmienda Pickle.

Una vez que empiece a recibir asistencia médica en virtud de la Enmienda Pickle, los futuros aumentos por costo de vida en su seguro social no afectarán su elegibilidad. Sin embargo, puede haber otros cambios en sus circunstancias que lo descalifiquen para recibir asistencia médica.

Si cumple los requisitos para recibir dinero en virtud de alguno de los programas anteriores, pero elige no recibir el pago, **NO** tendrá derecho a esta protección de su asistencia médica en virtud de la Enmienda Pickle.

Información de cambios

Periódicamente deberá realizar la revisión completa de sus circunstancias. Su caso de ayuda de dinero en efectivo, cuidado infantil y cupones de alimentos se podría cerrar, y/o su elegibilidad para recibir asistencia médica podría verse afectada, si no llena totalmente el formulario y lo devuelve antes de la fecha de vencimiento, y asiste a una entrevista personal, si fuera necesario.

Si solamente recibe beneficios de cupones de alimentos y su período de elegibilidad es de 4, 5 o 6 meses, solo tiene que informar los cambios en las circunstancias de su hogar que llevarían a que el ingreso de su hogar estuviera por encima del 130 % del nivel de pobreza.

Si recibe dinero en efectivo, cuidado infantil, asistencia médica, o si su período de elegibilidad para cupones de alimentos no es de 4, 5 o 6 meses, debe notificar al Departamento en el plazo de 10 días calendario después del cambio, en caso de las modificaciones que afecten la elegibilidad, tales como:

- fuente de ingresos;
- horas trabajadas por un integrante del hogar;
- monto de los ingresos de cualquier integrante de su hogar;

Aviso a las familias inmigrantes

Si recibe ayuda con atención médica o cupones de alimentos, esto no afectará su situación de inmigración. Si usted o integrantes de su familia usaron o recibieron Medicaid o cupones de alimentos, esto no afectará su capacidad ni la de los integrantes de su familia para convertirse en ciudadanos de los Estados Unidos.

Sin embargo, si obtiene ayuda de dinero en efectivo como TANF o ayuda para pagar la atención en un hogar de ancianos, esto podría crear problemas para convertirse en ciudadano de EE.UU., especialmente si los beneficios son las únicas fuentes de ingresos de su familia. Antes de hacer la solicitud, es posible que desee hablar con una organización que ayude a inmigrantes con cuestiones legales, o ponerse en contacto con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. (USCIS, por sus siglas en inglés).

¡ATENCIÓN!

Verificaremos todo lo que nos diga o entregue:

- a nivel federal, estatal y local, y también
- a través de contactos colaterales o programas de cotejo electrónico de datos con otras herramientas de verificación electrónica, tales como, entre otras, USCIS, IEVS, registros de estado civil, SSA, bases de datos de instituciones financieras y de empleo.

Hacemos esto para confirmar que cumple los requisitos de nuestros programas y determinar sus beneficios. Si alguno de los datos que obtengamos a partir de estas fuentes no coincide con la información que nos proporcionó, podremos denegarle la asistencia, sus beneficios podrán cambiar y se le podrá iniciar un proceso penal por proporcionar información falsa a sabiendas. Puede prohibirse la participación en los programas de ayuda de dinero en efectivo, ayuda para cuidado infantil y cupones de alimentos a cualquier integrante de su núcleo familiar que infrinja intencionalmente cualquiera de estas normas, por períodos que varían desde un año hasta permanentemente. En el Programa de cupones de alimentos también pueden multarlo hasta con \$250,000, encarcelarlo hasta por 20 años, o ambas cosas, y será sometido a juicio en virtud de las leyes estatales y federales pertinentes por infringir la Ley de cupones de alimentos. Si es condenado, el tribunal también puede prohibirle participar en el programa durante otros 18 meses, además de la sentencia que reciba.

NO

- **No** dé información falsa ni oculte información para obtener o continuar recibiendo beneficios.
- **No** comercialice ni venda beneficios de cupones de alimentos (FS) a nadie que no esté autorizado a usarlos para su familia.
- **NO** use sus beneficios FS para comprar artículos que no cumplen los requisitos.
- **No** use ningún beneficio que su familia no tenga derecho a recibir.
- **No** revele el PIN de su tarjeta EBT a nadie.
- **No** use servicios de cuidado infantil pagados por DHHS, para actividades relacionadas con el empleo no autorizadas por el DHHS.
- **No** use su tarjeta EBT o efectivo de su tarjeta EBT en locales en los que más del 50 % de su inventario visible sea el alcohol, o que se dediquen principalmente a las perforaciones y marcas corporales o a los tatuajes; establecimientos de juego, o locales/puestos/tiendas de cigarrillos, pipas, cigarrillos o tabaco, o negocios en los que más del 50 % del inventario visible en venta o alquiler sea entretenimiento dirigido a adultos.
- **No** intente comprar alimentos con sus beneficios FS a menos que tenga su tarjeta EBT con usted al momento de comprar los alimentos. No puede comprar alimentos un día y pagarlos con sus beneficios EBT FS otro día.

Identidad y residencia

Las personas que el DHHS determine que han hecho o que sean condenadas por haber hecho una declaración o afirmación fraudulenta, con respecto a la identidad o lugar de residencia, a fin de recibir beneficios múltiples al mismo tiempo, no serán elegibles para los beneficios de ayuda económica y cupones de alimentos durante 10 años.

Tráfico de beneficios de cupones de alimentos

Cualquier persona declarada culpable por un tribunal de justicia:

- por comercializar una sustancia controlada a cambio de beneficios de cupones de alimentos, tendrá prohibido participar en el Programa de cupones de alimentos por 24 meses por el primer delito y para siempre si comete un segundo delito;
- por comercializar municiones, armas de fuego o explosivos a cambio de beneficios de cupones de alimentos o cualquier tráfico de beneficios de cupones de

alimentos por más de \$500, perderá para siempre el derecho a recibir beneficios de cupones de alimentos;

- por comprar o vender beneficios de cupones de alimentos, será suspendida del Programa de cupones de alimentos durante 1 año por el primer delito, 2 años por el segundo delito, y para siempre, si comete un tercer delito.

Fraude de asistencia médica

La Sección 1128B de la Ley del Seguro Social contempla sanciones federales por actos fraudulentos y declaraciones falsas en relación con su solicitud o para recibir beneficios de asistencia médica.

Una persona puede ser enjuiciada en un tribunal federal por hacer intencionalmente declaraciones falsas que afecten las condiciones de elegibilidad para cualquier beneficio o pago en virtud del programa de asistencia médica.

También se puede procesar a una persona por ocultar u omitir hechos que afecten su derecho a cualquier beneficio o pago, o por su uso distinto al previsto. La ley también contempla sanciones por soborno, coima o reembolso en relación con el suministro de asistencia médica.

La condena por un delito podría dar lugar a la pérdida de los beneficios de asistencia médica por un período que no supere un año. Las sanciones son multas de hasta \$25,000 o encarcelamiento por no más de 5 años, o ambas.

Declaraciones falsas o infracciones al programa deliberadas (IPV)

Cualquier persona que haga una declaración falsa deliberada o tergiversar sus circunstancias u oculte intencionalmente la recepción de propiedades, salarios, ingresos o recursos, o cualquier cambio en las circunstancias que afecten sus condiciones iniciales o continuas de elegibilidad para recibir asistencia, puede ser declarada culpable de violar la ley estatal. Las sanciones son: delito grave de clase A cuando el valor de la recompensa monetaria o bienes o servicios es superior a \$1,000; delito grave de clase B cuando el valor supera los \$100; y delito menor cuando el valor no supera los \$100. RSA 167:17-b y 17-c.

Cualquiera que cometa una infracción al programa deliberada (IPV, por sus siglas en inglés) en el Programa de cupones de alimentos, no podrá obtener estos beneficios por 12 meses, en el caso de la 1.^a infracción, 24 meses por la 2.^a infracción, y permanentemente, por una 3.^a IPV.

RESUMEN DE SOLICITUD: DECLARACIÓN DE COMPRENSIÓN

INICIALES

Todos los Programas

Declaro que he leído "Sus derechos y responsabilidades", y los comprendo.

Entiendo que el DHHS conservará mi información sobre elegibilidad y del caso en forma confidencial, y solamente será revisada por las personas implicadas en la administración de los programas del DHHS o que estén autorizadas por la normativa federal o la ley estatal.

Entiendo que, a pesar de otras normas sobre confidencialidad, es necesario informar a las escuelas los nombres de los niños de hogares que reciben cupones de alimentos y/o FANF, para que pueda determinarse su elegibilidad automática para comidas gratuitas en la escuela.

Entiendo que debo suministrar pruebas de mi situación de vivienda, lo que he escrito en la solicitud y lo que he contado al DHHS.

Entiendo que la información que proporcioné será verificada por contactos colaterales y/o funcionarios federales, estatales y locales, y que si se determina que dicha información es incorrecta o falsa, o que he ocultado deliberadamente información relacionada con la recepción de asistencia, actualmente o en el futuro, podría perder mis beneficios y ser procesado por fraude.

Entiendo que mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza al DHSS a verificar que cualquier persona en mi grupo de asistencia (AG, por sus siglas en inglés) o yo cumplimos los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia, y autoriza la divulgación de dicha información al DHSS. Mi autorización para divulgar información al DHHS sigue vigente durante el tiempo que yo o alguien de mi AG reciba cualquier tipo de ayuda del DHHS.

Entiendo que mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza al DHHS y a cualquier tercero contratado a verificar mis ingresos, identidad y activos, y los ingresos, identidad y activos de cualquier otra persona cuyos ingresos, identidad y activos sean necesarios para determinar la elegibilidad para la asistencia que solicito. No otorgar o revocar el permiso para llevar a cabo estas verificaciones dará como resultado la denegación o terminación de la asistencia.

Programas en efectivo y de cupones de alimentos (FS, por sus siglas en inglés)

Declaro que, si solicité FANF, se me ha explicado la opción de violencia doméstica y que la entiendo.

Declaro que, si solicité FANF, obtuve información escrita sobre el tratamiento de la suma total de ingresos.

Entiendo que la recepción de asistencia en efectivo en virtud del programa de ayuda de dinero en efectivo TANF implica la cesión al DHHS de los derechos de cada beneficiario de obtener ayuda para la manutención de los hijos y del cónyuge.

Entiendo que, si obtengo asistencia en efectivo por parte del DHHS, el monto en efectivo que obtenga podría dar lugar a la terminación o reducción de mis beneficios de cupones de alimentos. También entiendo que, si esto sucediera, este cambio no se me notificará con anticipación.

Entiendo que, para obtener un pago en efectivo de cualquier programa de la DFA, tengo que cumplir los requisitos para obtener el efectivo todos los días de todo el período de pago. Si no cumplo los requisitos para obtener efectivo en cualquier momento durante dicho período de pago, entiendo que no se me emitirá ningún pago en efectivo.

Entiendo que en NH, si cualquier persona de mi familia se fuga para evitar ser perseguido por un delito grave, o viola las condiciones de la libertad provisional o condicional, dicha persona no podrá recibir los beneficios de dinero en efectivo o cupones de alimentos, hasta haber cumplido con sus obligaciones legales en relación con el delito grave, o las violaciones a la libertad provisional o condicional. Mi firma a continuación es mi declaración jurada de que ningún integrante de mi familia está en este momento en situación de fuga para evitar ser perseguido por un delito grave ni viola las condiciones de la libertad provisional o condicional.

Entiendo que el uso de mi tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) para recibir beneficios de cupones de alimentos o de dinero en efectivo es controlado por mi Número de Identificación Personal (PIN) de 4 dígitos, que soy responsable de la seguridad de mi tarjeta EBT y de mi PIN, y que los beneficios EBT no se devolverán si alguien usa mi tarjeta EBT una vez que yo la haya activado.

Entiendo que no puedo usar mi tarjeta EBT o efectivo de mi tarjeta EBT en locales en los que más del 50 % de su inventario visible sea el alcohol, o que se dediquen principalmente a las perforaciones y marcas corporales o a los tatuajes; establecimientos de juego, o locales/puestos/tiendas de cigarrillos, pipas, cigarrillos o tabaco, en la mayoría de los dispensarios de marihuana, o negocios en los que más del 50 % del inventario visible en venta o alquiler sea material considerado entretenimiento dirigido a adultos, en virtud de RSA 650:1,III, y que si utilizo mi tarjeta EBT o efectivo de mi tarjeta EBT en cualquiera de estos lugares, deberé abonar una multa en efectivo como sanción, de conformidad con RSA 167:7-b y He-W PARTE 608.

POR FAVOR ESCRIBA SUS INICIALES Y FIRME AL DORSO

Programas en efectivo y de cupones de alimentos (continuación)**INICIALES**

Entiendo que si no uso mis beneficios de cupones de alimentos de mi tarjeta EBT durante 365 días sucesivos, perderé esos beneficios y no los podré obtener de nuevo. Si no uso mis beneficios de dinero en efectivo durante 90 días sucesivos, perderé esos beneficios y no los podré obtener de nuevo. Entiendo que seré descalificado del Programa de cupones de alimentos y puedo ser procesado judicialmente, si uso mi tarjeta EBT para fines ilegales. Estas actividades ilegales incluyen vender mi tarjeta y PIN por dinero en efectivo, drogas u otros artículos, o intercambiar beneficios de cupones de alimentos por dinero en efectivo en un comercio minorista.

Entiendo que para obtener beneficios de cupones de alimentos, para recibir una deducción en los gastos por cuidado de menores, pagos de alquiler o hipoteca, servicios públicos u otros gastos de albergue, manutención infantil pagada a un integrante que no está en el hogar, o gastos médicos (solamente para ancianos o discapacitados), **debo** informar al DHHS sobre estos gastos y después suministrar pruebas de los mismos. No informar o verificar cualquiera de los gastos indicados antes, o el recibo de ayuda para el combustible, podría significar que recibiré menos beneficios de cupones de alimentos cada mes, y se considerará como mi declaración de que mi hogar no quiere recibir una deducción por los gastos no declarados o no verificados.

Asistencia médica

Entiendo que, al recibir asistencia médica, cedo al DHHS mis derechos a todos los seguros médicos o pagos de terceros, inclusive atención médica infantil.

Entiendo que recibir asistencia médica significa que el DHHS debe poder obtener historias clínicas de proveedores médicos. Mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza a los proveedores médicos de mi familia a suministrar cualquier historia clínica al DHHS.

Entiendo que, si estoy en un hogar de ancianos, el DHHS debe poder intercambiar información sobre elegibilidad con el hogar de ancianos para administrar mejor el programa. Mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza el intercambio y permanece en vigor mientras reciba asistencia del DHHS para mi atención en un hogar de ancianos.

Entiendo que para los servicios de cuidado a largo plazo (centro de enfermería o atención en el hogar y comunitaria), estoy obligado a manifestar al DHHS cualquier interés que mi cónyuge o yo tengamos en una renta vitalicia.

Entiendo que, si mi cónyuge o yo solicitamos servicios de cuidado a largo plazo, cualquier renta vitalicia que mi cónyuge o yo hubiéramos adquirido o modificado a partir del 8 de febrero de 2006 se considerará una transferencia de activos por menos del valor comercial normal, a menos que se nombre al Estado beneficiario de por lo menos el monto que Medicaid hubiera pagado por los servicios de cuidado a largo plazo.

Entiendo que la asistencia médica que recibo en virtud del Programa de Protección a la Salud de NH requiere que me ponga en contacto con Seguridad en el Empleo de NH a efectos de encontrar trabajo, si estoy desempleado.

Beca NH para el cuidado infantil

Entiendo que solamente debo usar los servicios de cuidado infantil pagados por el DHHS para aquellas actividades relacionadas con el empleo autorizadas por el DHHS. Podría tener que reembolsar al DHHS por los pagos realizados en momentos en que participé en otras actividades no autorizadas.

Firmas

Declaro, bajo pena de testimonio falso sin juramento, de conformidad con RSA 641:3, que he revisado esta información y la información que resume mi entrevista, y que es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

Firma de la persona que ayuda al solicitante

Fecha

Relación con el solicitante

Certifico que he dado a la(s) persona(s) que firma(n) arriba la oportunidad de revisar este documento, y que le(s) he explicado totalmente y le(s) he proporcionado una copia del Aviso de derechos y responsabilidades. También certifico que le(s) he dado una copia de esta página, si se solicitó.

Nombre en letra de imprenta y firma
Fecha

Cargo/Organismo

NONDISCRIMINATION STATEMENT

This institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, and in some cases religion and political beliefs.

The US Department of Agriculture (USDA) also prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.)

If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination with USDA, complete USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at US Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov.

Individuals who are deaf, hard of hearing, or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish).

For any other information dealing with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues, persons should either contact the USDA SNAP Hotline Number at (800) 221-5689, which is also in Spanish or call the State Information/Hotline Numbers (use this link for a listing of hotline numbers by State); found online at www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

To file a complaint of discrimination regarding a program receiving Federal financial assistance through the US Department of Health and Human Services (HHS), write: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (800) 537-7697 (TTY).

USDA and HHS are equal opportunity providers and employers.

You may also write Ombudsman, NH DHHS, 129 Pleasant St., Concord, NH 03301-3857 or call (603) 271-6941 or 1-800-852-3345 ext 6941. TDD Access: Relay NH 1-800-735-2964 or 711.

DECLARACIÓN DE NO-DISCRIMINACIÓN

Esta institución tiene prohibido discriminar en función de la raza, el color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, la religión y las creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (US Department of Agriculture o USDA) también prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo en función de la raza, el color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o si la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el Departamento. (No todas las prohibiciones se aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja al Programa de quejas por discriminación Derechos Civiles con USDA, complete el Formulario del USA para quejas por discriminación, que se encuentra en www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario o carta de queja por correo al US Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (en español).

Para obtener cualquier otra información en relación con el Programa asistencial de nutrición suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program o SNAP), las personas deben comunicarse a la línea de ayuda de USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llamar a los números de Información estatal / Líneas de ayuda (utilice este enlace para encontrar números de línea de ayuda por estado); que se encuentra en línea al www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja de discriminación respecto a un programa que recibe Asistencia financiera federal por medio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (US Department of Health and Human Services o HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

USDA y HHS son proveedores y empleadores que ofrecen oportunidades equitativas.

También puede escribir a Ombudsman, NH DHHS, 129 Pleasant St., Concord, NH 03301-3857 o llamar al (603) 271-6941 o 1-800-852-3345 ext. 6941. Acceso TDD: Retransmisión NH 1-800-735-2964 o 711.

SE NECESITA TODO UN PUEBLO

Cuando está luchando para llegar a fin de mes resulta difícil recordar que no está solo. Hay muchos grupos y servicios que pueden ayudarlo ¡en realidad un pueblo entero! Los programas que se indican aquí pueden ser de ayuda a su familia. Hemos agregado la información de contacto de la mayoría de ellos, pero si necesita ayuda para encontrar alguno de los programas, o tiene alguna pregunta, llame al 1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS).

MÉDICOS

Programa Medication Bridge NH - Ayuda a las personas a conseguir los medicamentos que necesitan.
603-415-4297

<http://www.healthynh.com/medication-bridge.html>

HAVEN – Servicios para víctimas de violencia doméstica y sexual.
1-603-994-SAFE (7233) [línea de ayuda confidencial, las 24 horas]

www.havennh.org/

VIVIENDA

NH Housing Finance Authority Assisted Housing Division (División de Vivienda Asistida de la Autoridad Financiera de Vivienda de NH) - Ayuda a las familias a encontrar viviendas a precios razonables en New Hampshire.

800-439-7247 Línea TDD para personas con dificultades auditivas: (603) 472-2089

www.nhhfa.org/

Homeless Outreach Intervention (Intervención para incluir a personas sin hogar)

800-852-3345 ext. 9196 Acceso retransmisión TDD (800) 735-2964

www.dhhs.nh.gov/dcbcs/bhhs/homelessness.htm

NH Office of Energy & Planning (Oficina de Energía & Planificación de NH) - Ayuda a las familias con dificultades a pagar la calefacción.

603-271-8317 o (603) 271-2685

<http://www.nh.gov/oep/energy/programs/fuel-assistance/index.htm>

ASISTENCIA LEGAL

Asistencia legal de NH - Ofrece asistencia legal gratuita o a bajo costo a familias y personas mayores de bajos ingresos.

www.nhla.org/

Berlin

800-698-8969

Portsmouth

800-334-3135

Concord

800-921-1115

Manchester

800-562-3174

Claremont

800-562-3994

EMPLEO

NH Employment Security (Seguridad en el empleo de NH) - Ayuda a las personas a encontrar trabajo y solicitar beneficios.

800-266-2252 Acceso TDD: Retransmisión NH 1-800-735-2964

www.nh.gov/nhes/

FAMILIA

2-1-1 NH - Conecta a las personas de forma gratuita a los servicios disponibles en su comunidad. En el estado, marque sin costo **2-1-1** o 866-444-4211. **Número TTY:** 603-634-3388
www.211nh.org/

Al-Anon / Alateen
603-369-6930, www.nhal-anon.org

Alcohólicos Anónimos
800-593-3330, www.nhaa.net/

Child and Family Services (Servicios para Niños y Familias) - Brinda ayuda a familias y niños.
800-640-6486, www.cfsnh.org/

Child Care Aware of NH (Recurso y remisión para el cuidado infantil) - Educa y apoya a las familias en relación con el cuidado infantil.
855-393-1731 ext. 31, <http://nh.childcareaware.org/>

Consumer Credit Counseling Services (Servicios de asesoría crediticia para el consumidor) - Ayuda a las familias a manejar el dinero, pagar las cuentas, y ahorrar
800-550-1961, <http://www.greenpath.com/cccs-of-new-hampshire-and-vermont.htm>

Domestic Violence Hotline (Línea de ayuda para casos de violencia doméstica) - Presta servicios a las víctimas de violencia doméstica.
866-644-3574, http://www.nhcadv.org/crisis_centers.cfm

Food Pantries (Despensas) - Proporciona alimentos a las familias necesitadas.
603-669-9725, <http://www.nhfoodbank.org/Agency-Listings.aspx>

Meals On Wheels (Comidas sobre ruedas) - Entrega comidas a las personas que no pueden salir de sus casas.
<http://mealcall.org/us/>

NH Community Loan Fund (Fondo de préstamos de la comunidad de NH) - Ayuda a las familias de bajos ingresos a ahorrar para una casa, la universidad o para empezar un negocio.
<http://www.communityloanfund.org/>

NH State Veterans Council (Consejo de veteranos de guerra del estado de NH) - Ayuda a los veteranos de guerra y a las personas a su cargo a obtener beneficios.
800-622-9230 **Acceso TDD:** Retransmisión NH 1-800-735-2964
www.nh.gov/nhveterans/

Pet Neutering Referrals (Remisiones para la castración de mascotas) - Ayuda a los dueños de mascotas de bajos ingresos con los costos de la esterilización o castración de su mascota.
(603) 271-3697

Relay Services for the Hearing Impaired (Servicios de retransmisión para personas con discapacidad auditiva)
800-735-2964 o 711

Service Link (Vínculo de servicios) - Ayuda a los ancianos, los adultos con discapacidades y sus familias.
866-634-9412, www.servicelink.nh.gov/index.htm

Social Security Administration (Administración del Seguro Social, SSA) - Ofrece beneficios a los discapacitados, jubilados y familiares sobrevivientes.
800-772-1213 TTY: 800-325-0778, www.ssa.gov/

Mujeres, Bebés y Niños (WIC) - Brinda educación y alimentos para embarazadas, madres y niños.
800-942-4321 **Acceso retransmisión TDD** (800) 735-2964, www.dhhs.nh.gov/dphs/nhp/wic/index.htm