



Your Texas Benefits: Para empezar

Beneficios de comida



Programa SNAP

(antes se llamaba Estampillas para Comida).

Ayuda a comprar comida para la buena salud. Algunas personas pueden recibir beneficios el siguiente día laboral.

Ayuda de dinero en efectivo para familias



TANF: Asistencia Temporal a Familias Necesitadas

Ayuda a pagar cosas como comida, ropa y vivienda.

- **TANF:** ayuda a las familias con niños de 18 años o menores a pagar por sus necesidades básicas. TANF le da pagos de dinero en efectivo cada mes.
- **Pago Único de TANF:** ayuda a las familias con niños de 18 años o menores que están pasando por una crisis. Las crisis pueden ser perder un trabajo, no encontrar trabajo, perder la casa o tener una emergencia médica. Esta ayuda se da sólo una vez cada 12 meses.
- **Pago Único de TANF para Abuelos:** ayuda a los abuelos a cuidar a un niño que recibe beneficios de TANF.

Atención médica



Medicaid y CHIP

Ayuda con cuentas médicas, como las del doctor, hospital y de medicamentos.

Los programas son:

- **Medicaid para Niños y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).**

Si sólo quiere solicitar beneficios de CHIP o Medicaid para Niños, puede usar esta solicitud o una más corta. Para obtener la solicitud más corta, llame al 1-800-647-6558 o visite www.CHIPmedicaid.org

- **Atención médica para mujeres embarazadas.**
- **Medicaid para un adulto que cuida a un niño.** Los adultos que reciben beneficios tienen que estar cuidando a un niño que viva con ellos.

Para solicitar beneficios de Medicaid para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas, necesita una solicitud diferente. Para obtener esta solicitud, llame al 2-1-1 (después de escoger un idioma, oprima el 2).



Puede llamar gratis a cualquier número de teléfono o de fax que se menciona en esta solicitud. Si es sordo o tiene problemas para oír o para hablar, puede llamar a estos números de teléfono marcando el 711 o el 1-800-735-2989.

Cómo solicitar beneficios



Haga lo siguiente:

1. Llene esta solicitud.
2. Firme y escriba la fecha en las páginas 1 y 18.
3. Envíe los "Documentos que necesitamos". Vea las páginas C y D.



Cómo entregar la solicitud:

Por correo: HHSC, PO Box 14600, Midland, TX 79711-4600

En persona: en cualquier oficina de beneficios. Llame al 2-1-1 para encontrar una cerca.

Por fax: 1-877-447-2839. Si la solicitud está impresa por ambos lados, envíe los dos lados por fax.



www.YourTexasBenefits.com

En este sitio web, puede:

- Solicitar beneficios.
- Saber si puede solicitar beneficios.
- Imprimir una solicitud en blanco.
- Encontrar una oficina de beneficios cerca.
- Renovar beneficios.



Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC)

Preguntas sobre los beneficios o esta solicitud

Llame al 2-1-1 (si no puede comunicarse, llame al 1-877-541-7905).

Después de escoger un idioma, oprima el 2 para:

- Hacer preguntas sobre esta solicitud.
- Encontrar ayuda para llenar la solicitud.
- Saber el estado de esta solicitud.
- Hacer preguntas sobre los programas de beneficios de atención médica.

Para más información sobre los beneficios, también puede visitar www.hhsc.state.tx.us y www.CHIPmedicaid.org

Denuncias de malgasto, abuso y fraude

Si cree que alguien está usando indebidamente los beneficios de la HHSC, llame al 1-800-436-6184.

Consejos útiles

- Hay consejos en el lado izquierdo de cada página. Pueden ahorrarle tiempo.
- Firme y escriba la fecha en las páginas 1 y 18 de la solicitud.
- Envié los “Documentos que necesitamos”.
Vea las páginas C y D.



Estos dibujos le dicen las secciones que tiene que llenar.

Por ejemplo, si ve este dibujo:



quiere decir que sólo las personas que solicitan beneficios de comida del Programa SNAP tienen que llenar esa sección.

Cómo presentar una queja

Si tiene una queja, primero trate de hablar con su asesor de beneficios o con el supervisor. Si todavía necesita ayuda, llame al 1-877-787-8999.

Ayuda que puede obtener sin llenar esta solicitud

Servicios en su área

¿Necesita ayuda para encontrar servicios?

Llame al 2-1-1 (si no puede comunicarse, llame al 1-877-541-7905).

Después de escoger un idioma, oprima el 1.

Red de la Fuerza Laboral de Texas

¿Busca trabajo?

Puede conseguir ayuda para:

- Solicitar trabajo.
- Encontrar trabajo.

Llame al 2-1-1 para encontrar un Centro de la Fuerza Laboral de Texas.

Planificación familiar

¿Necesita ayuda con la planificación familiar? Los hombres y las mujeres pueden recibir ayuda con:

- Artículos para el control de la natalidad.
- Otros tipos de atención médica.

Llame al 2-1-1 para encontrar una clínica. Es posible que las mujeres con bajos ingresos puedan recibir servicios gratis por medio del Programa de Salud para la Mujer. Para más información, llame al 1-866-993-9972.

Programa contra la Violencia Familiar

¿Teme por su seguridad o la de sus niños? Puede conseguir ayuda para:

- Obtener transporte a un lugar seguro.
- Encontrar un refugio, ayuda legal y un trabajo.
- Obtener orientación.

Llame a la línea de ayuda a cualquier hora del día al 1-800-799-7233 (1-800-799-SAFE).

Programa de Educación para Adultos y Alfabetización de la Familia

¿Quiere ayuda para aprender a leer o completar un GED? ¿Necesita ayuda con las habilidades que se necesitan para un trabajo? ¿O para aprender a hablar inglés?

Llame al 1-800-441-7323 (1-800-441-READ).

Programa por Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

¿Está embarazada o hace poco tuvo un bebé? Puede conseguir ayuda para:

- Obtener alimentos para usted y sus niños.
- Obtener vacunas.

Llame al 1-800-942-3678.

Programa de Prevención del Abuso de Alcohol y Drogas

¿Quiere dejar de usar alcohol o drogas usted o una persona que conoce?

Puede conseguir ayuda para:

- Dejar de usarlos.
- Enfrentar una crisis.
- Ayudar a otras personas a no usar drogas o alcohol.

Llame al 1-877-966-3784 (1-877-9-NO DRUG).

Programa de Pago de Seguro Médico Privado (HIPP)

¿Necesita ayuda para pagar por su seguro médico?

Llame al 1-800-440-0493.

O escriba a:
Texas Health and Human Services Commission
TMHP-HIPP
PO Box 201120
Austin, Texas 78720-1120



Documentos que necesitamos de cualquier persona en su caso.

Lea la información que se menciona abajo y en la página siguiente para los documentos que necesita entregar o enviar con esta solicitud.

Sólo necesitamos copias de los documentos. Guarde los originales con sus documentos.

Sólo necesitamos documentos de las personas en su caso. Por ejemplo, si nadie tiene una cuenta de banco, no necesitamos los estados de cuenta.

Si está solicitando

Beneficios de cualquier programa



Entregue o envíe copias de los documentos de las personas en su caso.

- **Identidad (prueba de quién es usted):** licencia de conducir o tarjeta de identificación del Departamento de Seguridad Pública actual. Si una persona tiene el derecho de actuar en su nombre (como su representante autorizado), esa persona también tiene que presentar prueba de identidad.
- **Estado migratorio:** tarjeta de Residente Permanente (I-551), forma de entrada y salida (I-94). O documentos de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. Necesitamos una copia de los dos lados de estas formas.
- **Representante legal (una persona que tiene el derecho de actuar en su nombre en asuntos legales):** poder legal, orden de custodia, orden de la corte o documentos de la corte similares.
- **Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o beneficios de pensión:** carta de concesión o talones de cheque de pago.
- **Beneficios de veteranos, compensación para trabajadores o compensación por desempleo:** carta de concesión o talones de cheque de pago.
- **Manutención de niños que alguien recibe:** registro del secretario del distrito o carta del padre que paga, que muestre la cantidad, cada cuánto tiempo y la fecha en que usualmente paga. La carta debe tener el nombre, dirección, número de teléfono y firma del padre que paga.
- **Manutención de niños que alguien paga:** documentos de la corte que muestren la cantidad que paga por manutención de niños. Por ejemplo: sentencia de divorcio, orden de la corte o registro del secretario del distrito.
- **Préstamos y regalos (entre ellos, cuentas suyas que paga otra persona):** contratos de préstamo o declaración de la persona que le da dinero o le paga las cuentas. Tiene que mostrar el nombre, la dirección, el número de teléfono y la firma de esta persona.
- **Servicio militar:** identificación militar actual (Forma DD-2), órdenes militares o documentos de separación (Forma DD-214).

Si está solicitando

Beneficios de comida del Programa SNAP



Entregue o envíe copias de los documentos de las personas en su caso.

- **Prueba de ingresos de su trabajo:** los últimos 3 talones de cheque o cheques de pago, una declaración de su empleador o documentos de trabajo que hace por su cuenta.
- **Cuentas de banco:** estados de cuenta actuales de todas las cuentas.
- **Gastos médicos:** cuentas, recibos o estados de cuenta de proveedores de atención médica (doctores, hospitales, farmacias, etc.). Estos documentos deben mostrar los gastos que tiene ahora y los gastos que espera tener en el futuro.
- **Gastos de renta o hipoteca:** cheques o talones de cheques recientes, estado de cuenta del prestamista hipotecario o declaración del dueño de la casa. Las personas que rentan casa también tienen que dar el nombre, la dirección y el teléfono del dueño o arrendador.
- **Gastos de cuidado de dependientes:** recibos, cheques cobrados o una declaración firmada de la persona a quien le paga. La declaración firmada debe mostrar cuándo y cuánto paga.

Para recibir beneficios del Programa SNAP, la persona tiene que ser ciudadana de EE. UU. o residente legal.

Más en la página siguiente



Otros documentos que necesitamos

Si está solicitando

Ayuda de dinero en efectivo para familias (TANF)

Entregue o envíe copias de los documentos de las personas en su caso.

- **Prueba de ingresos de su trabajo:** los últimos 3 talones de cheque o cheques de pago, una declaración de su empleador, o documentos de trabajo que hace por su cuenta.
- **Prueba de su parentesco con un niño:** certificado de nacimiento legal, certificado del hospital o certificado de bautismo.
- **Prueba de que el niño vive con usted:** una declaración firmada del dueño de la casa o un vecino que no sea su familiar que incluya el nombre, la dirección y el teléfono del declarante.
- **Ciudadanía:** pasaporte de EE. UU., Certificado de Naturalización, certificado de nacimiento de EE. UU. (copia de los dos lados), registro de nacimiento del hospital o tarjeta de Medicare. Si nació en Texas, quizás podamos buscar su certificado de nacimiento.
- **Cuentas de banco:** estado de cuenta más reciente de todas las cuentas.
- **Seguro médico:** copia de los dos lados de la tarjeta o póliza de seguro.
- **Vacunas del niño:** tarjeta de vacunas de cada niño.



Si está solicitando

CHIP o Medicaid para Niños

Entregue o envíe copias de los documentos de las personas en su caso.

- **Prueba de ingresos de su trabajo:** un talón de cheque o un cheque de pago de los últimos 60 días, una declaración de su empleador o documentos del trabajo que hace por su cuenta.
- **Ciudadanía:** pasaporte de EE. UU., Certificado de Naturalización, certificado de nacimiento de EE. UU. (copia de los dos lados), registro de nacimiento del hospital o tarjeta de Medicare. Si nació en Texas, quizás podamos buscar su certificado de nacimiento.
- **Gastos de cuidado de dependientes:** recibos, cheques cobrados o una declaración firmada de la persona a quien le paga. La declaración firmada tiene que mostrar cuándo y cuánto paga.
- **Gastos médicos:** cuentas o estados de cuenta de proveedores de atención médica (doctores, hospitales, farmacias, etc.) de los últimos 3 meses. Sólo necesitamos estos documentos si todavía no ha pagado por estos servicios.



Si está solicitando

Medicaid para Mujeres Embarazadas o Medicaid para un Adulto que Cuida a un Niño

Entregue o envíe copias de los documentos de las personas en su caso.

- **Prueba de ingresos de su trabajo:** los últimos 3 talones de cheque o cheques de pago, una declaración de pago de su empleador, o documentos de trabajo que hace por su cuenta.
- **Cuentas de banco (no las necesitamos si sólo está solicitando Medicaid para Mujeres Embarazadas):** el estado de cuenta más reciente de todas las cuentas.
- **Ciudadanía:** pasaporte de EE. UU., Certificado de Naturalización, certificado de nacimiento de EE. UU. (copia de los dos lados), registro de nacimiento del hospital o tarjeta de Medicare. Si nació en Texas, quizás podamos buscar su certificado de nacimiento.
- **Gastos médicos:** cuentas o estados de cuenta de proveedores de atención médica (doctores, hospitales, farmacias, etc.) de los últimos 3 meses. Sólo necesitamos estos documentos si todavía no ha pagado por estos servicios.
- **Gastos de cuidado de dependientes:** recibos, cheques cobrados o declaración firmada de la persona a quien le paga. La declaración firmada tiene que mostrar cuándo y cuánto paga.



Your Texas Benefits: Solicitud de beneficios

Por favor, use tinta oscura. Escriba en letra de molde. Si necesita más espacio añada más hojas.

Llene los círculos (○) así → ●

Sección A

Sus datos

Si está solicitando beneficios de comida del Programa SNAP, la cantidad de beneficios del primer mes se basa en la fecha en que recibamos las páginas 1 y 2.

Otros beneficios también se basan en la fecha en que recibamos las páginas 1 y 2.

Si sólo entrega las páginas 1 y 2 ahora, todavía tiene que llenar las páginas 3 a la 18 antes que pueda comenzar a recibir beneficios.

Tiene derecho a entregar esta solicitud inmediatamente si tiene su nombre, dirección y firma.

Marque los beneficios por los que solicita cualquier persona en su caso:



Beneficios de comida (SNAP)



Ayuda de dinero en efectivo para familias (TANF)



Atención médica (Medicaid o CHIP) para:

- Niños
- Un adulto que cuida a un niño
- Mujeres embarazadas

Persona 1: persona contacto o jefe del hogar.

Nombre	Segundo nombre	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de teléfono (casa)	Número de teléfono celular o durante el día
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección	Condado
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sección B

Beneficios de comida

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de comida.



Para información sobre cómo entregar su solicitud, vea la página 3.

Podría recibir beneficios de comida del SNAP el próximo día laborable según sus respuestas a estas preguntas. Conteste estas preguntas para todas las personas que viven en su hogar.

- ¿Es alguien en su hogar un trabajador de campo migrante o trabajador de campo de temporada? Sí No
- ¿Tienen entre todos los de su hogar \$100 o menos? (Incluya dinero en efectivo y dinero en el banco). Sí No
- ¿Espera que el ingreso total de todas las personas que viven en su hogar este mes sea menos de \$150?..... Sí No
- ¿Es la cantidad de las cuentas de su hogar más del dinero (en efectivo o en el banco) que usted y todos los que viven en su hogar esperan recibir este mes? (Incluya las cuentas que pagan sólo las personas de su hogar. Incluya la renta, la hipoteca, el agua, el gas, la luz, el drenaje y el teléfono). Sí No

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firme aquí (o pídale a una persona que tiene derecho de actuar por usted que firme)	Fecha



Más en la página 2.



Sección C

Mujeres Embarazadas

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de atención médica.



¿Está embarazada alguien en su hogar? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

Fecha de parto / /

¿Cuántos bebés espera?

¿Cuál es el nombre y apellido del padre del bebé que está por nacer?

Nombre

Apellido

Sección D

Servicio militar

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de atención médica.



¿Es alguien miembro activo de una de las siguientes fuerzas militares?

- Fuerzas Armadas de EE. UU.
- Guardia Nacional
- Reserva del Ejército
- Fuerzas Militares Estatales

Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

Sección E

Ayuda para la entrevista

1. La mayoría de las personas que solicitan beneficios tienen que ser entrevistadas. Usualmente entrevistamos a las personas por teléfono.

Nos ayuda saber si por una de las siguientes razones se le hace difícil ir a una oficina de beneficios:

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Vive a más de 30 millas de la oficina de beneficios más cercana. • No puede conseguir transporte. • El tiempo está malo. | <ul style="list-style-type: none"> • Está enfermo. • Sus horas de trabajo o de entrenamiento no le permiten ir a una oficina de beneficios cuando está abierta. | <ul style="list-style-type: none"> • No puede viajar porque tiene 60 años o más o tiene una discapacidad. • Es víctima de violencia doméstica. • Cuida de alguien en su hogar. |
|--|---|---|

¿Aplica una de estas razones a su caso? Sí No

2. Si va a venir a nuestra oficina, ¿necesitará ayuda o equipo especial? Sí No

Si contesta "Sí", ¿qué necesita?

3. ¿Qué idioma quiere hablar durante la entrevista?

4. ¿Necesita un intérprete? Podemos conseguirle uno gratis. Sí No

Si contesta "Sí", marque el idioma que habla:

- Español Vietnamita
 Lenguaje de señas americano Otro

Agency Use Only

(Sólo para uso de la agencia)

Date received: _____

Screened by: _____

Expedite? Yes No

Date screened: _____

Case: _____

Número de Seguro Social:

- -



Your Texas Benefits: Solicitud de beneficios

Llene los círculos (○) así → ●.

Por favor, use tinta oscura. Escriba en letra de molde. Si necesita más espacio añada más hojas.

Sección F Cómo comunicarnos

Persona 1: contacto o jefe del hogar

Nombre Segundo nombre Apellido

Grid for name and date of birth

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento (día/mes/año)

Correo electrónico

¿Solicita beneficios para usted? ○ Sí ○ No
Si contesta "Sí", escriba sus datos a continuación.

Sección G Persona 1

Persona 1

Si recibe beneficios del Seguro Social o de jubilación de ferrocarril, díganos el número que tiene. Número de reclamación del Seguro Social Número de jubilación de ferrocarril

○ Casado ○ Soltero ○ Divorciado ○ Separado ○ Viudo ¿Vive en Texas?..... ○ Sí ○ No

Preguntas opcionales

○ Hombre ○ Mujer ¿Hispano o latino?..... ○ Sí ○ No

Marque uno o más de uno: ○ Indio americano o nativo de Alaska ○ Asiático
○ Negro o afroamericano ○ Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico ○ Blanco

¿Va a la escuela? ...○ Sí ○ No Si contesta "Sí", ¿va a la escuela a tiempo completo? .. ○ Sí ○ No

¿Es ciudadano de EE. UU.? Si contesta "No", escriba sus datos a continuación..... ○ Sí ○ No

¿Es refugiado o un inmigrante admitido legalmente? ○ Sí ○ No

Si tiene un patrocinador, escriba el nombre del patrocinador Fecha de entrada a EE. UU. (mes/día/año).

¿Está registrado con el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de EE. UU.? ○ Sí ○ No Número de registro de inmigrante

Marque los beneficios que la Persona 1 solicita:

○ Beneficios de comida (SNAP)

Ayuda de dinero en efectivo para familias (TANF):

- TANF
- Pago Único de TANF
- Pago Único de TANF para Abuelos

Beneficios de atención médica (Medicaid o CHIP) para:

- Niños
- Un adulto que cuida a un niño
- Mujeres embarazadas

Envíe esta solicitud completamente llena por fax o por correo, o entréguela en persona.

Por fax: 1-877-447-2839

Por correo: HHSC, PO Box 14600, Midland, TX 79711-4600

En persona: llame al 2-1-1 para encontrar una oficina de beneficios de la HHSC cerca de usted.

Use las páginas 4 y 5 para otras personas por las que solicita beneficios.

Si necesita más páginas puede:

- Añadir una página en blanco para escribir sus datos. U
- Obtener una página adicional en www.hhsc.state.tx.us. Haga clic en "Cómo encontrar ayuda".





Sección H

Personas que solicitan beneficios

Marque los beneficios que la Persona 4 solicita:

Beneficios de comida (Programa SNAP)

Ayuda de dinero en efectivo para familias (TANF):

- TANF
- Pago Único de TANF
- Pago Único de TANF para Abuelos

Atención médica (Medicaid o CHIP) para:

- Niños
- Un adulto que cuida a un niño
- Mujeres embarazadas

Persona 4: esposo(a), niño u otro adulto que solicita beneficios.

Nombre Segundo nombre Apellido

Número de Seguro Social Fecha de nacimiento (día, mes, año)

Relación de esta persona con usted Si la persona recibe dinero del Seguro Social o pensión de ferrocarril, escriba el número aquí: Número de reclamación de Seguro Social Número de pensión de ferrocarril

Casado Soltero Divorciado Separado Viudo ¿Vive en Texas?..... Sí No

Preguntas opcionales

Hombre Mujer ¿Hispano o latino?..... Sí No

Marque uno o más de uno: Indio americano o nativo de Alaska Asiático
 Negro o afroamericano Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico Blanco

¿Va a la escuela esta persona? Sí No Si contesta "Sí", ¿va a la escuela a tiempo completo? Sí No

¿Es esta persona ciudadana de EE. UU.? Si contesta "No", escriba los datos a continuación. Sí No

¿Es refugiado o un inmigrante admitido legalmente? Sí No

Si esta persona tiene un patrocinador, escriba el nombre del patrocinador. Fecha en que la persona entró a EE. UU. (día, mes, año)

¿Está inscrita esta persona en los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.? Sí No

Número de registro de inmigrante

Persona 5: esposo(a), niño u otro adulto que solicita beneficios.

Nombre Segundo nombre Apellido

Número de Seguro Social Fecha de nacimiento (día, mes, año)

Relación de esta persona con usted Si la persona recibe dinero del Seguro Social o pensión de ferrocarril, escriba el número aquí: Número de reclamación de Seguro Social Número de pensión de ferrocarril

Casado Soltero Divorciado Separado Viudo ¿Vive en Texas?..... Sí No

Preguntas opcionales

Hombre Mujer ¿Hispano o latino?..... Sí No

Marque uno o más de uno: Indio americano o nativo de Alaska Asiático
 Negro o afroamericano Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico Blanco

¿Va a la escuela esta persona? Sí No Si contesta "Sí", ¿va a la escuela a tiempo completo? Sí No

¿Es esta persona ciudadana de EE. UU.? Si contesta "No", escriba los datos a continuación. Sí No

¿Es refugiado o un inmigrante admitido legalmente? Sí No

Si esta persona tiene un patrocinador, escriba el nombre del patrocinador. Fecha en que la persona entró a EE. UU. (día, mes, año)

¿Está inscrita esta persona en los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.? Sí No

Número de registro de inmigrante

Marque los beneficios que la Persona 5 solicita:

Beneficios de comida (Programa SNAP)

Ayuda de dinero en efectivo para familias (TANF):

- TANF
- Pago Único de TANF
- Pago Único de TANF para Abuelos

Atención médica (Medicaid o CHIP) para:

- Niños
- Un adulto que cuida a un niño
- Mujeres embarazadas

Si más de 5 personas solicitan beneficios, añada más hojas con los mismos datos.



Sección I

Más datos sobre los niños de 18 años o menores

Esta sección es sólo para personas que solicitan ayuda de dinero en efectivo o beneficios de atención médica para niños.



Consejo para ahorrar tiempo

Sólo tiene que dar los datos de cada padre o madre una vez.

Si un niño tiene los mismos padres que otro niño, puede escribir algo como "igual que el niño 1" donde pide el nombre del padre.

¿Teme que dar datos acerca del padre o madre del niño pueda ponerlos a usted y sus niños en peligro?

Si tiene miedo, probablemente no tenga que ayudar a la Procuraduría General para que cobren la manutención de niños o la manutención médica. Para no tener que dar estos datos:

- Dígale a su asesor de beneficios (o representante designado) las razones por las cuales esto podría ponerlo a usted o a sus niños en peligro.
- Firme la Solicitud de motivo justificado. (Su asesor de beneficios tiene esta forma).

Nombre del niño 1: _____			
PADRE	Nombre y apellido del padre _____	Fecha de nacimiento del padre ____/____/____	
	Número de Seguro Social del padre ____-____-____	Número de teléfono del padre (____) ____-____	
Dirección postal del padre _____		Ciudad _____	Estado _____
El padre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió		Empleador _____	Código postal _____
MADRE	Nombre y apellido de la madre _____	Apellido de soltera de la madre _____	
	Número de Seguro Social de la madre ____-____-____	Fecha de nacimiento de la madre ____/____/____	
Dirección postal de la madre _____		Ciudad _____	Estado _____
Número de teléfono de la madre (____) ____-____		Empleador _____	Código postal _____
La madre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió			
¿Estaban casados los padres del niño? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Nombre del niño 2: _____			
PADRE	Nombre y apellido del padre _____	Fecha de nacimiento del padre ____/____/____	
	Número de Seguro Social del padre ____-____-____	Número de teléfono del padre (____) ____-____	
Dirección postal del padre _____		Ciudad _____	Estado _____
El padre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió		Empleador _____	Código postal _____
MADRE	Nombre y apellido de la madre _____	Apellido de soltera de la madre _____	
	Número de Seguro Social de la madre ____-____-____	Fecha de nacimiento de la madre ____/____/____	
Dirección postal de la madre _____		Ciudad _____	Estado _____
Número de teléfono de la madre (____) ____-____		Empleador _____	Código postal _____
La madre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió			
¿Estaban casados los padres del niño? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			



Sección I

Más datos sobre los niños de 18 años o menores (continuación)

Nombre del niño 3: _____

PADRE	Nombre y apellido del padre	Fecha de nacimiento del padre
	Número de Seguro Social del padre	Número de teléfono del padre
Dirección postal del padre		Ciudad
El padre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió		Estado
		Código postal
		Empleador
MADRE	Nombre y apellido de la madre	Apellido de soltera de la madre
	Número de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento de la madre
Dirección postal de la madre		Ciudad
Número de teléfono de la madre () -		Estado
		Código postal
		Empleador
La madre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió		
¿Estaban casados los padres del niño? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

Nombre del niño 4: _____

PADRE	Nombre y apellido del padre	Fecha de nacimiento del padre
	Número de Seguro Social del padre	Número de teléfono del padre
Dirección postal del padre		Ciudad
El padre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió		Estado
		Código postal
		Empleador
MADRE	Nombre y apellido de la madre	Apellido de soltera de la madre
	Número de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento de la madre
Dirección postal de la madre		Ciudad
Número de teléfono de la madre () -		Estado
		Código postal
		Empleador
La madre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió		
¿Estaban casados los padres del niño? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

Si hay más de 4 niños de 18 años o menores, añada más hojas con los mismos datos.



Sección L

Otros datos (continuación)

Conteste las preguntas 3, 4, 5 y 6 sólo si alguien solicita ayuda de dinero en efectivo o beneficios de comida.



3. ¿Ha sido alguien: (1) acusado o declarado culpable de un delito grave y está huyendo de la policía, o (2) ha violado las reglas de su probatoria o libertad condicional?..... Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

4. ¿Ha sido alguien declarado culpable de un delito mayor que: (1) sucedió después del 22 de agosto de 1996, y (2) estaba relacionado con drogas ilegales? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

5. ¿Vive alguien en un lugar de atención como...?
• Un refugio para personas sin vivienda
• Un centro de tratamiento del abuso de drogas
• Un refugio para mujeres maltratadas
• Un hogar en grupo..... Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

6. Cuando las personas no cumplen las reglas del programa, a veces se les "descalifica" para recibir beneficios. A las personas descalificadas se les avisa con una carta que no pueden recibir ayuda de dinero en efectivo (TANF) o beneficios de comida (SNAP).

¿Ha sido descalificado alguien que vive con usted para recibir ayuda de dinero en efectivo o beneficios de comida en algún lugar de EE. UU.? Sí No

Sección M

Datos médicos

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de ayuda de dinero en efectivo o de atención médica.



Otro seguro médico

¿Alguien de la casa tiene seguro médico aparte de Medicare, Medicaid o CHIP? Sí No
Si contesta "Sí", escriba los datos a continuación.

Nombre de la persona asegurada (nombre, segundo nombre, apellido)

Nombre de la compañía de seguros

Número de póliza

Fecha de comienzo de cobertura

Fecha de terminación de cobertura

Tipo de cobertura

¿Cuánto es la prima?

¿Quién paga por la prima?

Nombre de la persona asegurada (nombre, segundo nombre, apellido)

Nombre de la compañía de seguros

Número de póliza

Fecha de comienzo de cobertura

Fecha de terminación de cobertura

Tipo de cobertura

¿Cuánto es la prima?

¿Quién paga por la prima?

Número de Seguro Social:



Sección M

Datos médicos (continuación)

Esta sección es sólo para personas que solicitan ayuda beneficios de ayuda de dinero en efectivo o de atención médica.



Copias de cuentas médicas de los últimos 3 meses.

Si alguna de las personas de su caso no puede pagar las cuentas médicas, quizás Medicaid las pague.

- Las cuentas tienen que ser por servicios que recibieron en los últimos 3 meses.
- Usted tiene que presentar pruebas de cuánto dinero (ingresos) tenían en los meses que ellos recibieron servicios.

¿Tiene alguien que solicita beneficios cuentas médicas por servicios recibidos durante los últimos 3 meses? Sí No



Si contesta "Sí", ¿quién? (nombre, segundo nombre, apellido)

Si contesta "Sí", ¿quién? (nombre, segundo nombre, apellido)

Sección N

Cosas por las que alguien paga o que le pertenecen

Salte esta sección si sólo está solicitando beneficios de Medicaid para Mujeres Embarazadas.

Si necesita más espacio, añada más hojas con los mismos datos.

Autos

¿Está pagando alguien o le pertenece...?

- un auto • una camioneta • un bote • una motocicleta • otro Sí No

Si contesta "Sí", escriba los datos a continuación.



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nombre del dueño (nombre, segundo nombre, apellido)

Marca / Modelo

Año

Nombre del codueño si también es propiedad de alguien fuera de la casa.

\$

Una persona con una discapacidad usa el auto.

Dinero que todavía debe por el auto.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nombre del dueño (nombre, segundo nombre, apellido)

Marca / Modelo

Año

Nombre del codueño si también es propiedad de alguien fuera de la casa.

\$

Una persona con una discapacidad usa el auto.

Dinero que todavía debe por el auto.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nombre del dueño (nombre, segundo nombre, apellido)

Marca / Modelo

Año

Nombre del codueño si también es propiedad de alguien fuera de la casa.

\$

Una persona con una discapacidad usa el auto.

Dinero que todavía debe por el auto.

Número de Seguro Social:



Sección 0

Dinero que recibe en el hogar (continuación)

Otro dinero

¿Recibe alguien, o espera recibir, uno de los siguientes tipos de dinero que se mencionan abajo? Sí No

Si contesta "Sí", marque los otros tipos de dinero que alguien recibe o podría recibir pronto.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). | <input type="radio"/> Pagos por sufrir una lesión en el trabajo (compensación para trabajadores). | <input type="radio"/> Préstamos pagados a alguien de su caso. |
| <input type="radio"/> Seguro Social. | <input type="radio"/> Pagos por perder un trabajo (compensación por desempleo). | <input type="radio"/> Pagos de seguros privados. |
| <input type="radio"/> Beneficios de jubilación. | <input type="radio"/> Pensión alimenticia. | <input type="radio"/> Pagos para ayudar con los servicios públicos. |
| <input type="radio"/> Beneficios de veteranos. | <input type="radio"/> Intereses o dividendos. | <input type="radio"/> Renta que le pagan a usted. |
| <input type="radio"/> Manutención de niños. | | <input type="radio"/> Otros _____ |
| <input type="radio"/> Dinero en efectivo o regalos. | | |

Si alguien recibe, o espera recibir, uno de estos tipos de dinero, escriba los datos a continuación.

TIPO DE DINERO 1	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
	Tipo de dinero (el que marcó antes)	Cantidad que le pagan	Fecha del último pago (mes, año)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Cada cuánto tiempo le pagan? <input type="radio"/> a diario <input type="radio"/> una vez por semana <input type="radio"/> cada 2 semanas <input type="radio"/> 2 veces al mes <input type="radio"/> una vez por mes <input type="radio"/> otra:
	Nombre de la persona que recibe el dinero (si es para manutención de niños, escriba el nombre del niño)	Persona, compañía o departamento que paga el dinero	
TIPO DE DINERO 2	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
	Tipo de dinero (el que marcó antes)	Cantidad que le pagan	Fecha del último pago (mes, año)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Cada cuánto tiempo le pagan? <input type="radio"/> a diario <input type="radio"/> una vez por semana <input type="radio"/> cada 2 semanas <input type="radio"/> 2 veces al mes <input type="radio"/> una vez por mes <input type="radio"/> otra:
	Nombre de la persona que recibe el dinero (si es para manutención de niños, escriba el nombre del niño)	Persona, compañía o departamento que paga el dinero	
TIPO DE DINERO 3	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
	Tipo de dinero (el que marcó antes)	Cantidad que le pagan	Fecha del último pago (mes, año)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Cada cuánto tiempo le pagan? <input type="radio"/> a diario <input type="radio"/> una vez por semana <input type="radio"/> cada 2 semanas <input type="radio"/> 2 veces al mes <input type="radio"/> una vez por mes <input type="radio"/> otra:
	Nombre de la persona que recibe el dinero (si es para manutención de niños, escriba el nombre del niño)	Persona, compañía o departamento que paga el dinero	
TIPO DE DINERO 4	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
	Tipo de dinero (el que marcó antes)	Cantidad que le pagan	Fecha del último pago (mes, año)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Cada cuánto tiempo le pagan? <input type="radio"/> a diario <input type="radio"/> una vez por semana <input type="radio"/> cada 2 semanas <input type="radio"/> 2 veces al mes <input type="radio"/> una vez por mes <input type="radio"/> otra:
	Nombre de la persona que recibe el dinero (si es para manutención de niños, escriba el nombre del niño)	Persona, compañía o departamento que paga el dinero	

Número de Seguro Social:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------



Sección P

Gastos de vivienda

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de comida.



Salte esta sección si sólo está solicitando Medicaid para Mujeres Embarazadas.

Gastos de vivienda

1. ¿Paga alguien uno de los gastos que se mencionan abajo por la casa en que viven o por una casa adonde piensan regresar? Sí No

Si contesta "Sí", marque los gastos que tienen y escriba la cantidad:

- Renta o pago de la casa \$ _____
- Impuestos de la casa \$ _____
- Agua y desagüe \$ _____
- Electricidad \$ _____
- Gas natural o propano \$ _____
- Teléfono \$ _____
- Seguro de la casa \$ _____
- Otro \$ _____

2. ¿Ayuda otra persona que no vive en la casa a alguien de su caso con los costos de vivienda? Sí No

Sección Q

Gastos del cuidado de otros

Gastos del cuidado de otros

¿Tiene alguien gastos por el cuidado de otros?..... Sí No

Si contesta "Sí", escriba los datos a continuación.

Ejemplos:

- Gastos de cuidado de niños para que alguien pueda trabajar, buscar trabajo, recibir entrenamiento o ir a la escuela.
- Pagos de manutención de niños, cuentas médicas y seguro médico para un niño que no vive en su casa.
- Pagos de pensión alimenticia.
- Gastos para personas con discapacidades o adultos que necesitan ayuda con su propio cuidado.

GASTO 1

Tipo de gasto

Primer nombre de la persona que recibe el cuidado o apoyo

¿Quién paga el gasto?

Cantidad pagada

Fecha del último pago

¿Quién paga el gasto?

- a diario
- una vez por semana
- cada 2 semanas
- 2 veces al mes
- una vez por mes
- otra: _____

Persona o compañía que recibe el dinero (nombre, dirección y teléfono)

Para la manutención de niños ordenada por la corte, escriba el nombre del niño que recibe la manutención (dé una copia de la orden)

GASTO 2

Tipo de gasto

Primer nombre de la persona que recibe el cuidado o apoyo

¿Quién paga el gasto?

Cantidad pagada

Fecha del último pago

¿Quién paga el gasto?

- a diario
- una vez por semana
- cada 2 semanas
- 2 veces al mes
- una vez por mes
- otra: _____

Persona o compañía que recibe el dinero (nombre, dirección y teléfono)

Para la manutención de niños ordenada por la corte, escriba el nombre del niño que recibe la manutención (dé una copia de la orden)

GASTO 3

Tipo de gasto

Primer nombre de la persona que recibe el cuidado o apoyo

¿Quién paga el gasto?

Cantidad pagada

Fecha del último pago

¿Quién paga el gasto?

- a diario
- una vez por semana
- cada 2 semanas
- 2 veces al mes
- una vez por mes
- otra: _____

Persona o compañía que recibe el dinero (nombre, dirección y teléfono)

Para la manutención de niños ordenada por la corte, escriba el nombre del niño que recibe la manutención (dé una copia de la orden)

Número de Seguro Social:

Form for Social Security Number input



Sección R

Gastos médicos

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de comida o de atención médica.



Gastos médicos

¿Paga gastos médicos alguien de 60 años o mayor, o alguien con una discapacidad? Sí No

Si contesta "Sí", marque los tipos de gastos que pagan:
 Doctor Hospital Medicamentos Seguro médico

Sección S

Personas que le ayudan

Personas que le ayudan

¿Le ayudó alguien a llenar esta solicitud? Sí No

Si contesta "Sí", díganos sobre esta persona:

Nombre

Relación u organización

Número de teléfono

Dirección

Sección T

Inscripción para votar (opcional)

Inscripción para votar

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a inscribirse no afectará la cantidad de asistencia que este departamento le dará.

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud del registro para votar?..... Sí No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, ESO SIGNIFICARÍA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, le podemos ayudar. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o negarse a inscribirse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, PO Box 12060, Austin, TX 78711. Número de teléfono: 1-800-252-8683

Agency Use Only: Voter Registration Status

(Sólo para uso de la agencia)

- Already registered
- Client declined
- Agency transmitted
- Client to mail
- Mailed to client
- Other

Agency staff signature

Número de Seguro Social:



Sección U

Representante autorizado



No olvide firmar la página 18.

Persona que tiene el derecho de actuar por usted.

Si quiere, puede darle el derecho a otra persona para actuar por usted (un representante autorizado). Esta persona puede:

- Obtener y dar datos para esta solicitud.
- Tomar cualquier acción necesaria para el proceso de solicitud. Esto puede incluir apelar una decisión de la HHSC.
- Tomar cualquier acción necesaria para que pueda recibir beneficios. Esto puede incluir avisar sobre cambios.

¿Quiere darle el derecho a alguien de actuar por usted— de ser su representante autorizado? Sí No

Si contesta “Sí”, díganos sobre esta persona (el representante autorizado):

Nombre de la persona a la que quiere darle el derecho de actuar por usted.

Dirección

Número de teléfono

Sección V

Información legal

Información legal

Su derecho a ser tratado de manera justa

De acuerdo con la ley federal y con las normas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), este departamento tiene prohibida la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Bajo la Ley de Alimentos y Nutrición y las normas del USDA, también se prohíbe la discriminación por religión o creencias políticas.

Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el USDA o el HHS. Escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410. O llame al 1-800-795-3272 (voz) o al 1-202-720-6382 (Línea TTY). Escriba a HHS, Office for Civil Rights, 1301 Young Street #1169, Dallas, TX 75202-5433. O llame al 1-214-767-4056 o al 1-214-767-8940 (Línea TTY). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC de Texas. Escriba a: HHSC Office of Civil Rights, 701 W. 51st St., MC W206, Austin, TX 78751. O llame gratis al 1-888-388-6332 o al 1-877-432-7232 (Línea TTY).

Ciudadanía y estado migratorio

Puede recibir beneficios para los niños que son ciudadanos de EE. UU. o inmigrantes legales aunque usted no sea ciudadano ni inmigrante legal. Usted no tiene que dar información sobre su ciudadanía o estado migratorio para recibir beneficios para sus niños. Sólo necesita dar la información sobre la ciudadanía o estado

migratorio de las personas que solicitan beneficios. Si usted no es ciudadano de EE. UU. ni inmigrante legal, los únicos beneficios que podría recibir son los servicios de Medicaid de emergencia. Recibir cuidados a largo plazo (Medicaid para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades) o ayuda de dinero en efectivo (TANF) puede afectar su estado migratorio y la habilidad de obtener una tarjeta de residente permanente (tarjeta verde). Recibir otros beneficios no afectará su estado migratorio ni la habilidad de obtener una tarjeta de residente permanente. Antes de solicitar beneficios, hable con alguna agencia que contesta las preguntas legales de inmigrantes. Los refugiados y las personas a quienes se les da asilo pueden recibir beneficios sin afectar su habilidad de obtener la tarjeta de residente permanente o la ciudadanía estadounidense.

Números de Seguro Social

Sólo necesita dar el número de Seguro Social (SSN) de las personas que solicitan beneficios. Dar información sobre el SSN o solicitar uno es voluntario; sin embargo, las personas que no dan un SSN no podrán recibir beneficios. Si no tiene un SSN, podemos ayudarle a solicitar uno si es ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal. Tiene que ser ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal para recibir un SSN. Si sus niños tienen un SSN, puede recibir beneficios para ellos aunque usted no tenga uno. No damos los SSN al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas. Usaremos los SSN para verificar cuánto dinero recibe (ingresos), si puede recibir beneficios y la cantidad de beneficios que puede recibir. (7 C.F.R 273.6 para beneficios de comida; 45 C.F.R 205.52 para TANF; y 42 C.F.R. 435.910 para atención médica).

Número de Seguro Social:



Sección W

Declaración de entendimiento

Lea la Sección W antes de firmar la página 18.



Todos los programas de beneficios

Datos que la HHSC tiene sobre mí

La HHSC usa los datos de las personas que solicitan beneficios para decidir: (1) quién puede recibir beneficios, y (2) la cantidad de los beneficios. La HHSC compara los datos con el Sistema federal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad. Si los datos no corresponden, la HHSC revisará otras fuentes (bancos, empleadores, etc.). Si la persona que solicita beneficios tiene un número de registro de inmigrante, la HHSC tiene que verificar con el sistema del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (USCIS). La HHSC no dará al USCIS los datos de nadie.

En la mayoría de los casos, puedo ver y obtener los datos que la HHSC tiene sobre mí. Esto incluye los datos que doy a la HHSC y los datos que la HHSC obtiene de otras fuentes (historial médico, antecedentes laborales, etc.). Es posible que tenga que pagar para obtener una copia de estos datos. Puedo pedir a la HHSC que corrija cualquier información incorrecta. No tengo que pagar para corregir un error. Para pedir una copia o corregir un error, puedo llamar al 2-1-1 o a la oficina local de beneficios de la HHSC.

Confidencialidad de mis datos

La HHSC mantendrá privados mis datos si fueron recopilados:

- Por el personal de la HHSC o por un proveedor contratado por la HHSC.
- Para saber si puedo recibir beneficios estatales.

La HHSC puede dar información sobre mis datos:

- Cuando sea necesario para que reciba beneficios estatales de atención médica.
- Con compañías de teléfono y de servicios públicos. Pueden averiguar si la cantidad de mi cuenta puede ser reducida. La HHSC les dará mi nombre, dirección y teléfono.

Ayuda de dinero en efectivo para familias (TANF)

Manutención de niños o pensión alimenticia

Acepto:

- Dejar que el estado se quede con la manutención de niños o pensión alimenticia que se debe a cualquier persona mientras reciba beneficios de TANF.
- Dejar que el estado se quede con este dinero después de que terminen los beneficios de TANF, si la cantidad que alguien recibió todavía no se ha pagado.
- Informar a la HHSC sobre cualquier dinero que alguien reciba.
- Cooperar con la HHSC para que obtenga este dinero; de no hacerlo, sería una violación de la ley.

El estado sólo se quedará con la cantidad permitida por la ley.

Si doy información falsa

Si decido no decir la verdad, podría:

- Ser acusado y castigado por cometer un delito. (Esto podría incluir ir a la cárcel hasta por 10 años o estar bajo supervisión comunitaria).
- Tener que pagar los beneficios que recibí.
- Jamás volver a recibir beneficios de TANF.



Beneficios de comida de SNAP

Decir la verdad

Cualquier persona que solicita o recibe beneficios del Programa SNAP tiene que:

- Decir la verdad.
- No cambiar ni vender los beneficios de SNAP, las tarjetas Lone Star ni otros artículos que no le pertenecen.
- No usar ni tener tarjetas Lone Star ni otros artículos que no le pertenecen.

Una persona que decide no decir la verdad podría:

- No recibir beneficios del Programa SNAP por un año o más.
- Recibir una multa de hasta \$250,000 o una sentencia de hasta 20 años de cárcel, o las dos.
- Perder el reembolso de impuestos.
- Ser acusado de otros delitos.
- Tener que pagar los beneficios que recibió.
- Jamás volver a recibir beneficios del Programa SNAP.

Lo mismo le podría pasar a alguien que permite que otra persona use su tarjeta Lone Star.

Datos que alguien dice o da a la HHSC

La HHSC usa los datos que recibe, incluso los números de Seguro Social, para:

- Verificar que alguien puede recibir beneficios.
- Comparar los datos de esa persona con programas de comparaciones por computadora y compañías de informes de crédito.
- Asegurar que esa persona está cumpliendo con las normas del programa de beneficios.
- Ayudar a otros departamentos a verificar si la persona puede recibir otros beneficios.
- Recuperar los beneficios que la persona no debería haber recibido.
- Dar los datos de esa persona (1) a otros departamentos estatales y federales (por ejemplo, la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Impuestos Internos). (2) a las autoridades policiales y judiciales para que puedan encontrar a personas que forman parte del caso de beneficios (el hogar) de esa persona y que se buscan por haber huido de la ley; y (3) a agencias de cobros federales, estatales y privadas que trabajan en cobrar el sobrepago de beneficios de comida.

(Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036).

Más en la página siguiente



Número de Seguro Social:

			-						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--



Sección W

Declaración de entendimiento



Asegúrese que...

1. Firmó y escribió la fecha en la página 1 (si no la envió antes).
2. Incluyó los "Documentos que necesitamos" que aparecen en la primera sección.
3. Firmó y escribió la fecha en esta página.



Medicaid

Si doy información falsa

Si decido no decir la verdad:

- Me pueden acusar de un delito.
- Quizás tenga que pagar los beneficios que recibí.

Lo mismo podría pasar si dejo que otra persona use mi tarjeta de seguro médico o mi forma de identificación de Medicaid.

El uso de mis datos personales

Estoy de acuerdo en dejar que los proveedores de atención médica de Medicaid (doctores, farmacias, hospitales, etc.) den mis datos personales a la HHSC. Esto permitirá que Medicaid pague a los proveedores.

Pagos de manutención médica y de niños

Dependiendo de mi caso de beneficios, el Procurador General (es decir, el estado) puede verificar que estoy recibiendo la cantidad correcta de cobertura médica o de pagos de manutención médica o de niños.

- Si sólo mi niño recibe beneficios de Medicaid, puedo decidir si quiero que el estado ayude a obtener cualquier pago o cobertura que debemos recibir pero que no recibimos ahora.

- Si mi niño y yo recibimos beneficios de Medicaid, tengo que:
 - Ayudar al estado a obtener cualquier pago y cobertura que debemos recibir pero que no recibimos ahora. Si no ayudo al estado, mi niño puede recibir beneficios de Medicaid, pero es posible que yo no.
 - Identificar al padre o a la madre del niño.
 - Dejar que el estado se quede con cualquier pago de manutención médica.

Si recibo beneficios de Medicaid, la HHSC se quedará con los pagos de servicios médicos que puedo obtener de otras fuentes, como:

- Mi seguro médico.
- El dinero que reciba debido a una lesión.
- El dinero que la Procuraduría General cobre para mí o para mis niños.

Tengo que avisarle a la HHSC sobre estas fuentes. De no hacerlo, sería una violación de la ley.

La HHSC sólo se quedará con la cantidad de los pagos de servicios médicos y de manutención médica que permite la ley. Si doy información falsa, cooperaré con la HHSC para que reciba este dinero.

Al firmar a continuación, acepto:

- Dejar que la HHSC y otros departamentos estatales, federales y locales revisen, den información y obtengan datos sobre cualquier persona que forma parte de mi caso de beneficios (hogar).
- Dejar que cualquier otra persona, compañía u organización dé a la HHSC los datos que tienen de cualquier persona que forma parte de mi caso de beneficios (hogar).
- Los datos que se verificarán y divulgarán incluyen cualquier información que les ayude a decidir: (1) quién puede recibir beneficios y (2) la cantidad de beneficios.

Mis respuestas son verdaderas:

Certifico bajo pena de perjurio que la información que doy en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no lo es, se me puede enjuiciar penalmente.

Firme aquí para mostrar que acepta:

Firme aquí para solicitar los beneficios. O si usted es el representante autorizado.

Firme aquí si usted es un testigo (sólo se necesita si la persona anterior firma con una "X" u otra marca).

Nombre de testigo en letra de molde

Firme aquí si usted es uno de los padres, el tutor o guardián, o si tiene un poder legal. Tiene que dar una prueba de que tiene este derecho.

Número de teléfono

Fecha

Fecha

Fecha

Número de Seguro Social:

What can I buy with SNAP?

SNAP food benefits are used to buy food and garden seeds. Most grocery stores accept SNAP. You **can't** use SNAP to:

- Buy tobacco.
- Buy alcoholic drinks.
- Buy things you can't eat or drink
- Pay for food bills you already owe.

How will I get my SNAP benefits?

You will get a plastic card called the Lone Star Card. Every month your SNAP amount will be put in your Lone Star Card account. You will use this card like a credit card at the cash register. To get help with your card, call 1-800-777-7328 (toll-free).

Can I get SNAP?

You might be able to get SNAP if the money you get (income) and the things you own are under a set limit. Some things you own are not counted, for example:

- Your home
- Personal items
- Life insurance policies

How will I know how much I have in my SNAP account?

We will send you a letter telling you how much you will get each month. You can check your balance by calling the Lone Star Card help line at 1-800-777-7328 (toll-free).

How long will I get SNAP?

We will send you a letter telling you how long your benefit period is. Most adults age 18 to 50 who do not have a child in the home can get SNAP benefits for only 3 months in a 3-year period. The benefit period can be longer if the adult works at least 20 hours a week or is in an approved work program. Some might not have to work or be in a work program to get benefits, such as those who have a disability or are pregnant.

How do I apply?

You can apply by filling out a form (H1010). To get a form, you can either: (a) call toll-free 2-1-1 (if you can't connect, call 1-877-541-7905), or (b) visit a Texas Health and Human Services Commission (HHSC) benefits office. To find an office near you, call 2-1-1.

Can someone else buy food for me?

You can get a Lone Star Card for another person. That person can use the card to buy food for you. You are responsible for what that person buys with that card. If a card is lost or stolen, you must call us right away at 1-800-777-7328 (toll-free). We will not replace any SNAP benefits used before you report the loss or theft of the card.

Your Rights

1. We can't treat you unfairly (discriminate) because of age, race, color, sex, disability, religion, national origin or political beliefs. If you think you have been treated unfairly, you can file a complaint with us and the USDA, Assistant Secretary for Civil Rights, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave., S.W., Stop 9410, Washington, DC 20250-9410.
2. You can give us your application form in person or by mail. Another person can give us the form for you.

You don't have to go to an interview before giving us your form. You can give us the form the same day you get it. We must accept your form if we can read your name and address, and it has been signed.

If you need help filling out the form or applying, we will help you.

3. We must give you benefits within 30 days after you give us your application if you: (a) give us everything on time, and (b) we find you meet SNAP program limits. Some people with very little money might get benefits the next workday after they apply.
4. You can talk to the office supervisor if: (a) you have questions that your caseworker can't answer, or (b) you disagree with a decision your caseworker makes.
5. You can file a complaint by calling 2-1-1. If you don't get the help you need there, you can call the HHSC Office of the Ombudsman at 1-877-787-8999. Both numbers are free to call.
6. If you think any action taken on your case is wrong, you can ask for a hearing to appeal. A hearing is a chance for you to tell a hearing officer the reasons you think the action is wrong. The hearing officer will decide if the right action was taken.
7. A child who gets SNAP will get free school lunches. The child must: (a) go to a public or private school, and (b) be in grades pre-school to high school. Contact your child's school if:
 - You don't want your child to get free school lunches.
 - You think your child should get free school lunches but doesn't.
 - You have questions about the free school lunch program.

Program Rules

1. Most people age 16 to 59 must follow work rules to get SNAP benefits. Work rules mean a person must look for a job or be in an approved work program. If the person has a job, they can't quit without good cause. A person who doesn't follow the work rules will be penalized.

If your SNAP case has more than one parent or caretaker with a child (age 17 or younger), you must decide which parent or caretaker will be listed as the "primary wage earner." If you don't decide who will be the primary wage earner, HHSC will decide for you. If the primary wage earner doesn't follow the work rules, **everyone** on the SNAP case will be penalized.

Penalties:

- **1st time:** No SNAP benefits for 1 month or longer (until the person follows the rules).
 - **2nd time:** No SNAP benefits for 3 months or longer (until the person follows the rules).
 - **3rd time:** No SNAP benefits for 6 months or longer (until the person follows the rules).
2. You must tell us about changes to your case within 10 days of the change. We gave you a list that shows the changes we need to know about (see Form H1019, Report of Change).
 3. If you get more SNAP benefits than you should, you must pay them back.
 4. If you move out of the state before using all the benefits in your account, you can use your Lone Star Card at stores that accept SNAP benefits in other states.
 5. These are the penalties for people who break SNAP rules on purpose:
 - **1st time:** Can't get SNAP for 1 year.
 - **2nd time:** Can't get SNAP for 2 years.
 - **3rd time:** Can never get SNAP again.

If a court of law decides you can't get benefits, the court will also decide for how long.

If you have any questions, call 2-1-1.

Beneficios de comida del Programa SNAP: Sus derechos y las reglas del programa

¿Qué puedo comprar con el Programa SNAP?

Los beneficios de comida del Programa SNAP se usan para comprar alimentos y semillas para huertos. Casi todos los supermercados aceptan el Programa SNAP. Usted **no puede** usar el Programa SNAP para:

- Comprar tabaco.
- Comprar bebidas alcohólicas.
- Comprar cosas que no se puedan comer ni beber.
- Pagar cuentas de alimentos que ya debe.

¿Cómo recibo los beneficios del Programa SNAP?

Recibirá una tarjeta de plástico llamada la tarjeta Lone Star. Cada mes se cargará a la cuenta de la tarjeta Lone Star la cantidad de sus beneficios del Programa SNAP. Usará la tarjeta en la caja como una tarjeta de crédito. Para recibir ayuda con la tarjeta, llame al 1-800-777-7328 (gratis).

¿Puedo recibir beneficios del Programa SNAP?

Quizás pueda recibir beneficios del Programa SNAP si el dinero que recibe (los ingresos) y las cosas que le pertenecen están por debajo de un límite fijo. No se cuentan algunas pertenencias, por ejemplo:

- Su casa
- Artículos personales
- Pólizas de seguro de vida

¿Cómo sé cuánto tengo en la cuenta del Programa SNAP?

Le enviaremos una carta diciéndole cuánto recibirá cada mes. Puede revisar el saldo llamando a la línea de ayuda de la tarjeta Lone Star al 1-800-777-7328 (gratis).

¿Por cuánto tiempo recibiré beneficios de comida del Programa SNAP?

Le enviaremos una carta diciéndole por cuánto tiempo puede cobrar beneficios. La mayoría de los adultos entre 18 y 50 años, sin hijos en la casa, puede recibir beneficios del Programa SNAP por solo 3 meses en un periodo de 3 años. El periodo de beneficios puede ser más largo si el adulto trabaja por lo menos 20 horas por semana o si está en un programa aprobado de trabajo. Puede ser que algunos no tengan que trabajar ni estar en un programa de trabajo para recibir beneficios, como las personas discapacitadas o las mujeres embarazadas.

¿Cómo solicito?

Puede hacerlo llenando una solicitud (Forma H1010s). Para obtener una solicitud: (a) llame gratis al 211 (si no puede comunicarse, llame al 1-877-541-7905), o (b) visite una oficina de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. Para encontrar una oficina cercana, llame al 211.

¿Puede otra persona comprarme los alimentos?

Usted puede obtener una tarjeta Lone Star para otra persona. Esa persona puede usar la tarjeta para comprarle los alimentos a usted. Usted es responsable de lo que esa persona compre con esa tarjeta. Si se pierde o le roban la tarjeta, usted tiene que llamarnos inmediatamente al 1-800-777-7328 (gratis). No le reembolsaremos por ningún beneficio del Programa SNAP usado antes de avisar sobre la pérdida o el robo de la tarjeta.

Sus derechos

1. No podemos tratarlo injustamente (discriminarlo) debido a su edad, raza, color, sexo, discapacidad, religión, origen nacional u opiniones políticas. Si cree que lo han tratado injustamente, puede presentar una queja ante nosotros y a: USDA, Assistant Secretary for Civil Rights, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave., S.W., Stop 9410, Washington, DC 20250-9410.
2. Nos puede dar la solicitud en persona o la puede enviar por correo. Otra persona nos la puede entregar a nombre

suyo. Usted no tiene que ir a una entrevista antes de entregarnos la solicitud. Nos la puede dar el mismo día que la recibe. Tenemos que aceptar la solicitud si su nombre y dirección se pueden leer, y si está firmada. Si necesita ayuda para llenar la solicitud, podemos ayudarle.

3. Tenemos que darle los beneficios dentro de 30 días después de recibir su solicitud, si usted: (a) nos da todo a tiempo y (b) decidimos que usted satisface los límites del Programa SNAP. Algunas personas con muy poco dinero podrían recibir beneficios el siguiente día laboral después de presentar la solicitud.
4. Puede hablar con el supervisor de la oficina si: (a) tiene preguntas que el trabajador de casos no puede contestar o (b) no está de acuerdo con una decisión del trabajador de casos.
5. Puede presentar una queja llamando al 211. Si no le dan la ayuda que necesita, también puede llamar a la Oficina del Ombudsman de la HHSC al 1-877-787-8999. Llamar a estos teléfonos es gratis.
6. Si cree que alguna acción tomada en su caso es incorrecta, puede pedir una audiencia para apelarla. Una audiencia es una oportunidad para decirle al funcionario de audiencias las razones por las cuales cree que la acción es incorrecta. El funcionario de audiencias decidirá si se tomó la acción correcta.
7. Un niño que recibe beneficios del Programa SNAP recibirá el almuerzo gratis en la escuela. El niño tiene que: (a) asistir a una escuela pública o privada y (b) estar en cualquier grado desde el prekindergarten hasta la preparatoria. Comuníquese con la escuela de su hijo si:
 - No quiere que su hijo reciba el almuerzo gratis en la escuela.
 - Cree que su hijo debe recibir el almuerzo gratis, pero no lo recibe.
 - Tiene preguntas sobre el programa de almuerzo gratis.

Reglas del programa

1. La mayoría de las personas entre 16 y 59 años tiene que seguir las reglas de empleo para recibir beneficios del Programa SNAP. Según las reglas de empleo, una persona tiene que buscar trabajo o estar en un programa aprobado de trabajo. Si la persona tiene trabajo, no puede dejarlo sin tener un motivo justificado. La persona que no sigue las reglas de empleo será sancionada.

Si en su caso del Programa SNAP hay más de un padre o cuidador con un niño (de 17 años o menos), usted tiene que decidir cuál padre o cuidador aparecerá como el “principal sostén económico.” Si no decide quién va a ser el principal sostén económico, la HHSC decidirá por usted. Si el principal sostén económico no sigue las reglas de empleo, **todas las personas** que estén en el caso del Programa SNAP serán sancionadas.

Sanciones:

- 1.a vez: No recibirá beneficios del Programa SNAP por 1 mes o por más tiempo (hasta que la persona siga las reglas).
 - 2.a vez: No recibirá beneficios del Programa SNAP por 3 meses o por más tiempo (hasta que la persona siga las reglas).
 - 3.a vez: No recibirá beneficios del Programa SNAP por 6 meses o por más tiempo (hasta que la persona siga las reglas).
2. Usted tiene que decirnos sobre cambios en su caso dentro de 10 días después del cambio. Le dimos una lista que muestra los cambios que necesitamos saber (vea la Forma H1019s, Informe de cambio).
 3. Si recibe más beneficios del Programa SNAP de los que debería recibir, tiene que devolver el exceso.
 4. Si se muda fuera del estado antes de usar todos los beneficios en su cuenta, puede usar la tarjeta Lone Star en otros estados en los supermercados que acepten beneficios del Programa SNAP.
 5. Estas son las sanciones que sufrirán las personas que intencionalmente violan las reglas del Programa SNAP:
 - 1.a vez: No puede recibir beneficios del Programa SNAP por 1 año.
 - 2.a vez: No puede recibir beneficios del Programa SNAP por 2 años.
 - 3.a vez: Jamás volverá a recibir beneficios del Programa SNAP.

Si una corte decide que usted no puede recibir beneficios, la corte además decidirá por cuánto tiempo.

Si tiene alguna pregunta, llame al 211.