



Solicitud de asistencia

Este documento es una solicitud combinada de asistencia alimentaria, médica y en metálico. Debe responder a todas las preguntas de la sección 1 y en la sección 2 solo a las preguntas relacionadas con los programas para los que presenta la solicitud. Un amigo, un familiar o cualquier persona que usted elija puede ayudarlo a rellenar esta solicitud.



¡Comencemos!



Seleccione todos los beneficios que solicita su familia:

-  **SNAP**
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP): beneficios mensuales para ayudar a pagar los comestibles (Proporcione la información adicional solicitada en la sección 2 a partir de la página 9 y firme la página 3).
 -  **TEA**
Ayuda Transitoria de Empleo (Transitional Employment Assistance, TEA): Asistencia en metálico para ayudar a las familias con hijos menores de 18 años a ser más independientes (Proporcione la información adicional solicitada en la sección 2 a partir de la página 9 y firme la página 13. Complete también la herramienta de evaluación de drogas de la TANF en la página 19).
 -  **Health Care**
Cobertura sanitaria gratuita o de bajo costo para ayudar a pagar las visitas al médico, las estancias en el hospital, los medicamentos recetados, las pruebas de laboratorio, las radiografías, etc. (Proporcione la información adicional solicitada en la sección 2 a partir de la página 10 y firme la página 13.)
- Marque esta casilla si desea solicitar programas que lo ayuden a cubrir los servicios comunitarios, los cuidados en el hogar, las primas de Medicare, las residencias para personas mayores, autismo, la Ley de Equidad Tributaria y Responsabilidad Fiscal (Tax Equity and Financial Responsibility Act, TEFRA), etc. Haga la selección en la página 10.

Seleccione todas las opciones que correspondan a su hogar y asegúrese de incluir la información solicitada en la sección correspondiente del Anexo.

- Otra persona rellena la solicitud en su nombre: Anexo 1 en la página 15
- Un miembro del hogar no es ciudadano estadounidense: Anexo 2 en la página 16
- Un menor del hogar tiene un progenitor sin custodia o ausente: Anexo 3 en la página 17
- Un miembro del hogar tiene un menor que no vive en la casa: Anexo 4 en la página 18
- Un miembro del hogar es indígena americano o nativo de Alaska: Anexo 4 en la página 18
- Un miembro del hogar solicita la TEA: Anexo 5 en la página 19

Si necesita información adicional, utilice la sección de notas de la página 14.

Registro de solicitantes

Comparta información básica sobre usted:

Nombre legal (nombre y apellidos)

Correo electrónico

¿Es usted residente de Arkansas? Sí No

¿Es usted una persona sin hogar? Sí No

Dirección (no apartado de correos)

Unidad/apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal (si es diferente de la anterior)

Unidad/apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono principal

Teléfono alternativo

Teléfono de la entrevista (si es diferente)

Sus preferencias

Las solicitudes de SNAP y TEA requieren una entrevista. Todas las entrevistas se hacen por teléfono. Si prefiere una entrevista en la oficina, seleccione: En la oficina

¿Qué idioma prefiere para la entrevista?

Inglés Español Marshalés

Otro:

Si necesita este material en un formato o idioma diferente, póngase en contacto con su oficina local del DHS o con Access Arkansas llamando al 1-855-372-1084. Para obtener servicios TDD/TTY, póngase en contacto con Arkansas Relay llamando al 1-800-285-1131 en inglés o al 1-866-656-1842 en español.

¿Necesita algún tipo de adaptación, como interpretación en lengua de señas o ayuda para una discapacidad auditiva?

Intérprete Lengua de señas

Otro:

Si prefiere otro idioma para la comunicación escrita, especifíquelo aquí:

Inglés Español Marshalés

Otro:

Si desea recibir notificaciones electrónicas sobre su caso, seleccione las preferencias:

Alerta de texto

Alerta por correo electrónico

Utilizaremos el número de teléfono principal y el correo electrónico indicados anteriormente.

¿Desea no recibir notificaciones en papel? Sí No



/


Acelerar: Sí No

Nombre del evaluador:

Evaluación acelerada para el SNAP

La mayoría de las solicitudes del SNAP se tramitan en un plazo de 30 días. Sin embargo, en algunos casos, un hogar puede tener derecho a servicios acelerados y recibir los beneficios del SNAP en un plazo de 7 días naturales. Responda a las preguntas a continuación para que podamos decidir si reúne los requisitos para recibir servicios acelerados.

¿Cuáles son los ingresos mensuales totales de su hogar antes de deducciones?

\$



Las deducciones incluyen importes por impuestos, seguros, etc. El total mensual debe incluir todos los ingresos percibidos por usted y los demás miembros del hogar, como ingresos del trabajo, cotizaciones en efectivo, Seguridad Social, etc. Esto incluye el dinero que ya se ha recibido este mes y el que se espera recibir antes de final de mes.

¿Cuánto dinero tienen ahora usted y otros miembros de la familia en efectivo, cuentas corrientes, cuentas de ahorro, etc.?

\$

¿Cuánto paga su familia al mes por vivienda y servicios públicos?

\$

¿Qué servicios públicos paga aparte del alquiler o la hipoteca? (Marque todas las opciones que correspondan)

Electricidad Gas natural Agua Basura Teléfono Internet Otro

¿Han cesado recientemente los ingresos de su hogar?

Sí No



En caso afirmativo, ¿de cuánto fue el último pago?

\$

¿Cuándo?

/ /

¿Alguien espera ingresos de una nueva fuente este mes?

Sí No



En caso afirmativo, ¿cuánto?

\$

¿Cuándo?

/ /

¿Es usted o algún miembro de su familia trabajador agrícola migrante o de temporada?

Sí No

Firme aquí para el SNAP



Derecho de presentación

Tiene derecho a presentar inmediatamente una solicitud para el SNAP (ayuda alimentaria) siempre que se faciliten su nombre, su dirección y la firma de un miembro responsable del hogar o de un representante autorizado (véase Anexo 1). Las cuantías de los beneficios del SNAP se basan, entre otros factores, en la fecha de solicitud. No se le aprobarán los beneficios hasta que no haya completado todo el proceso de solicitud.

Con mi firma, autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Arkansas (DHS) a obtener información de otras agencias estatales, instituciones financieras, empleadores, el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS), agencias federales y otras fuentes para comprobar que mis declaraciones son correctas. Entiendo que esta información puede afectar el derecho de mi familia a recibir beneficios. He recibido, revisado y acepto la información sobre mis derechos y responsabilidades incluida en esta solicitud. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he facilitado en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Nota: Un representante autorizado puede firmar este documento siempre y cuando usted haya proporcionado la información requerida en el Anexo 1 (adjunto).

Firma del solicitante

Firma del representante

 /

Fecha

Miembros del hogar



Indique todos los miembros de su hogar, incluido usted, aunque no solicite beneficios para ellos. Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

Persona 1

Nombre legal (nombre y apellidos) Relación con usted Fecha de nacimiento Sexo M F

Ciudadano estadounidense Sí N **Solicita beneficios**

Número de Seguridad Social SNAP TEA Health Care Ninguno

Estado civil (opcional) Soltero Casado Viudo Divorciado/separado

Raza (opcional) Afroamericano/negro Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático Etnia (opcional) Hispana/latino No hispano/latino
 Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico Blanco

Persona 2

Nombre legal (nombre y apellidos) Relación con usted Fecha de nacimiento Sexo M F

Ciudadano estadounidense Sí N **Solicita beneficios**

Número de Seguridad Social SNAP TEA Health Care Ninguno

Estado civil (opcional) Soltero Casado Viudo Divorciado/separado

Raza (opcional) Afroamericano/negro Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático Etnia (opcional) Hispana/latino No hispano/latino
 Native Hawaiian/Other Pacific Islander Blanco

Persona 3

Nombre legal (nombre y apellidos) Relación con usted Fecha de nacimiento Sexo M F

Ciudadano estadounidense Sí N **Solicita beneficios**

Número de Seguridad Social SNAP TEA Health Care Ninguno

Estado civil (opcional) Soltero Casado Viudo Divorciado/separado

Raza (opcional) Afroamericano/negro Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático Etnia (opcional) Hispana/latino No hispano/latino
 Native Hawaiian/Other Pacific Islander Blanco

Persona 4

Nombre legal (nombre y apellidos) Relación con usted Fecha de nacimiento Sexo M F

Ciudadano estadounidense Sí N **Solicita beneficios**

Número de Seguridad Social SNAP TEA Health Care Ninguno

Estado civil (opcional) Soltero Casado Viudo Divorciado/separado

Raza (opcional) Afroamericano/negro Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático Etnia (opcional) Hispana/latino No hispano/latino
 Native Hawaiian/Other Pacific Islander Blanco

Detalles del hogar



¿Algún miembro de su hogar vive fuera de casa en la actualidad? Sí No

↳ En caso afirmativo, ¿quién?

Especifique dónde: Alojamiento universitario Prisión/cárcel Alojamiento universitario Prisión/cárcel

Residencia para mayores Residencia para mayores

¿Es usted o algún miembro de su hogar ciego, tiene alguna discapacidad o necesita ayuda para las actividades de la vida diaria? *Ejemplos: bañarse, caminar, etc.* Sí No

↳ En caso afirmativo, ¿quién?

¿Usted o algún miembro de su hogar ha estado alguna vez en un hogar de acogida? Sí No

↳ En caso afirmativo, ¿quién?

¿Ha recibido usted o algún miembro de su unidad familiar asistencia en otro Estado en los últimos 30 días? Sí No

↳ En caso afirmativo, ¿quién?

¿En qué estado?

Finanzas domésticas: activos/recursos

Indique todas las cuentas financieras de su propiedad/copropiedad o de un miembro de su hogar. *Ejemplos: efectivo, cuenta corriente/de ahorro, aplicaciones de banca móvil (como Venmo, Cash App, Chime), ABLÉ, acciones/bonos/fondos mutuos, cuentas de fondos de pacientes, certificados de depósito (CD), etc.*

| Tipo | Propietarios | Banco/aplicación móvil | Saldo | Fecha de apertura |
|----------------------|----------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <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"/> | <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"/> | <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"/> / <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

Señale todos los vehículos de su propiedad o copropiedad o de un miembro de su hogar, aunque no estén registrados a su nombre. *Ejemplos: automóvil, camión, barco, moto, vehículo todoterreno, etc.*

| Propietarios | Año | Marca/modelo | Valor | Importe adeudado | Licencia |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |

Finanzas domésticas: activos/recursos



Indique a continuación todos los activos inmobiliarios. *Ejemplos: todas las casas, terrenos, ganado, maquinaria, derechos sobre minerales, etc.*

| Tipo | Propietarios | Valor justo de mercado | Importe adeudado | Fecha de adquisición |
|------|--------------|------------------------|------------------|----------------------|
| | | \$ | \$ | / / |
| | | \$ | \$ | / / |
| | | \$ | \$ | / / |
| | | \$ | \$ | / / |

Indique otros activos. *Ejemplos: seguro de vida, fideicomiso, contrato/parcela para entierro, anualidades, etc.*

| Tipo | Propietarios | Empresa | Valor de rescate en efectivo | Valor actual | Fecha de adquisición |
|------|--------------|---------|------------------------------|--------------|----------------------|
| | | | \$ | \$ | / / |
| | | | \$ | \$ | / / |
| | | | \$ | \$ | / / |

Para el SNAP: ¿usted o algún miembro de su hogar ha cerrado alguna cuenta financiera en los últimos 3 meses? Sí No

Para asistencia sanitaria: ¿usted o algún miembro de su hogar ha cerrado alguna cuenta financiera en los últimos 5 años? Sí No

Si ha respondido de manera afirmativa a alguna de las dos preguntas, indique los detalles a continuación.

| Tipo | Propietarios | Banco/aplicación móvil | Fecha de cierre |
|------|--------------|------------------------|-----------------|
| | | | / / |
| | | | / / |

Para el SNAP: ¿usted o algún miembro de su hogar ha vendido, intercambiado o regalado algún bien en los últimos 3 meses? Sí No

Para asistencia sanitaria: ¿usted o algún miembro de su hogar ha vendido, intercambiado o regalado algún bien en los últimos 5 años? Sí No

Si ha respondido de manera afirmativa a alguna de las dos preguntas, indique los detalles a continuación.

| Artículo | Fecha de la acción | ¿De quién era? | ¿Quién lo ha recibido? | Valor justo de mercado del artículo | Importe de la venta |
|----------|--------------------|----------------|------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| | / / | | | \$ | \$ |
| | / / | | | \$ | \$ |
| | / / | | | \$ | \$ |
| | / / | | | \$ | \$ |

Finanzas domésticas: Ingresos



Proporcione todos los datos relativos a los ingresos de todos los miembros de su hogar, incluido usted mismo.

Ejemplos de tipos de ingresos:

- Empleo
- Manutención de menores
- Pensión alimentaria
- Indemnización de veteranos
- Contribuciones en efectivo
- Subsidio de acogida/adopción
- Seguro Social o Seguridad de Ingreso Suplementario
- Desempleo/compensación de los trabajadores

1

Persona

| Nombre del miembro del hogar | Tipo de ingresos (ejemplos anteriores) | Importe (antes de impuestos y deducciones) | Frecuencia (diaria, quincenal, mensual) |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | 1 <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre de la empresa | <input type="text"/> | Fecha de inicio del trabajo | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <i>Si tiene más de una fuente de ingresos</i> → | 2 <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre de la empresa | <input type="text"/> | Fecha de inicio del trabajo | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

2

Persona

| | | | |
|-------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | 1 <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre de la empresa | <input type="text"/> | Fecha de inicio del trabajo | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <i>Si tiene más de una fuente de ingresos</i> → | 2 <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre de la empresa | <input type="text"/> | Fecha de inicio del trabajo | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

3

Persona

| | | | |
|-------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | 1 <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre de la empresa | <input type="text"/> | Fecha de inicio del trabajo | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <i>Si tiene más de una fuente de ingresos</i> → | 2 <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre de la empresa | <input type="text"/> | Fecha de inicio del trabajo | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

¿Trabaja usted o algún miembro de su hogar por cuenta propia o desempeña trabajos esporádicos? En caso afirmativo, indíquelo a continuación:

Sí No

| Nombre del miembro del hogar | Tipo de obra | Fecha de inicio | Ingresos mensuales (antes de gastos) | Gastos mensuales |
|------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| <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"/> | <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"/> / <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |

Finanzas domésticas: Gastos



¿Paga usted o algún miembro de su hogar los gastos de vivienda? Sí No
 (Indique solo la cantidad pagada, sin incluir la ayuda para vivienda).

- Alquiler Hipoteca Impuestos sobre bienes inmuebles Reparación del hogar tras una catástrofe
 Seguro de hogar Fideicomiso Cuota de condominio/Asociación de Propietarios (Homeowners Association, HOA)

¿Quién paga? (Nombre del miembro del hogar)

| Nombre del miembro del hogar | Tipo de gasto | Importe | ¿Con qué frecuencia? |
|------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| <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"/> | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¿Paga usted o algún miembro de su hogar los servicios públicos? (no incluidos en el alquiler) Sí No

- En caso afirmativo, seleccione todas las opciones que correspondan:
- Electricidad Gas natural Agua Basura Teléfono
 Internet Calefacción/aire acondicionado Otro:

¿Recibe usted o algún miembro de su hogar una reducción de los costos de vivienda por ser beneficiario de la sección 8, Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, HUD), etc.? Sí No

¿Ha recibido usted o algún miembro de su hogar más de \$20 en concepto de pago de energía en los últimos 12 meses? Sí No

¿Paga usted o algún miembro de su hogar manutención de menores impuesta por un tribunal? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? ¿Cuánto? (Mensual) \$

¿Paga usted o algún miembro de su hogar gastos de cuidado de personas dependientes? Sí No

En caso afirmativo, seleccione el tipo de gasto: Gastos de cuidado de niños (guardería, extraescolar, etc.) Gastos de cuidado de personas con discapacidad

¿Usted o algún miembro de su hogar mayor de 60 años o con discapacidad paga facturas médicas, gastos de recetas, primas de asistencia sanitaria, etc.? Sí No

En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación:

¿Quién paga? (Nombre del miembro del hogar)

| Nombre del miembro del hogar | Tipo de gasto | Importe | ¿Con qué frecuencia? |
|------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| <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"/> | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Detalles específicos del programa

2 Proporcione información adicional pertinente

Si solicita SNAP o TEA, rellene las secciones siguientes:

SNAP (asistencia alimentaria) TEA (ayuda en efectivo)



Seleccione todas las opciones que le correspondan a usted o a un miembro de su hogar. Si la respuesta a alguna de las preguntas es afirmativa, especifique quién.

- Compra o prepara alimentos por separado Sí No
- Menor de 5 años y que no está al día en sus vacunas Sí No
- Entre 5 y 17 años y no está inscrito en la escuela en este momento Sí No
- Inscrito en una escuela, universidad o programa de formación profesional Sí No
- Nombre de la escuela/programa:
- Estado de inscripción: A tiempo completo A tiempo parcial A tiempo completo A tiempo parcial
- Vive en un centro Sí No
- En caso afirmativo, ¿proporciona el centro más del 50 % de sus comidas? Sí No Sí No
- Participa en un programa de tratamiento para el consumo de alcohol o drogas Sí No
- En caso afirmativo, ¿dónde?
- Víctima de violencia doméstica o tráfico de seres humanos Sí No
- Militar en activo, veterano, cónyuge o hijo a cargo de alguien que esté en activo o de un veterano Sí No
- Persona 1 Militares en servicio activo Veterano Hijo a cargo Cónyuge
- Persona 2 Militares en servicio activo Veterano Hijo a cargo Cónyuge
- Le han suspendido los beneficios por facilitar datos falsos Sí No
- Huye de un proceso por delito grave, de una orden de detención por delito grave pendiente o de la cárcel Sí No

70 %



Seleccione a continuación si desea solicitar alguno de estos tipos específicos de asistencia sanitaria. (Seleccione todas las opciones que correspondan)

**NOTA: Para las categorías de PACE, Centro de Vida Asistida y ARChoices, en su evaluación independiente de Optum, puede proporcionar documentación médica que demuestre que tiene un diagnóstico primario o secundario de enfermedad de Alzheimer o demencia relacionada y que tiene un deterioro cognitivo tal que requiere una supervisión sustancial por parte de otra persona porque tiene comportamientos inadecuados que suponen un riesgo grave para su salud o la de los demás. También puede aportar documentación médica que acredite que padece una enfermedad diagnosticada que requiere seguimiento o evaluación al menos una vez al día por parte de un profesional médico autorizado y que, de no tratarse, pondría en peligro su vida.*

- ARChoices***: presta servicios a domicilio y en la comunidad a adultos de entre 21 y 64 años con discapacidad física o mayores de 65 años.
- Residencia asistida***: proporciona atención personal las 24 horas del día en un entorno comunitario o colectivo (centros de vida asistida) para que los residentes de Arkansas de edad avanzada puedan vivir en la comunidad en lugar de en un centro de asistencia.
- Exención por autismo**: ofrece tratamiento individualizado a niños de entre 18 meses y 8 años de edad a los que se haya diagnosticado un trastorno del espectro autista.
- Apoyo comunitario al empleo (exención del DDS)**: proporciona servicios en el hogar para personas con discapacidades del desarrollo, como coordinación de cuidados, vida con apoyo y equipos adaptativos. El número de plazas disponibles es limitado.
- Reducción de gastos por necesidades médicas**: proporciona cobertura a corto plazo a aquellas personas cuyos ingresos superan los límites normales de la asistencia sanitaria, pero que tienen facturas médicas elevadas en un periodo de 3 meses y cumplen los requisitos del programa.
- Programa de Ahorro de Medicare**: proporciona una cobertura limitada a los beneficiarios del complemento de Medicare. La cobertura abarca desde el pago de las primas, los deducibles y el coseguro de Medicare para las personas con ingresos bajos, hasta el pago de solo una parte de la prima de la Parte B de Medicare para las personas con ingresos más elevados.
- Centro de cuidados**: proporciona cobertura para los servicios en centros de enfermería especializada o residencias de mayores para quienes cumplan los requisitos. Debe estar en un centro de cuidados o tener previsto ingresar en uno en un plazo de 15 días.
- PACE (Programas de Atención Integral a las Personas Mayores)***: proporciona servicios de salud integrales basados en la comunidad a los habitantes de Arkansas de 55 años o más que, de otro modo, tendrían que vivir en un centro de cuidados.
- TEFRA**: proporciona a los menores de 19 años con discapacidad servicios de Medicaid para los que, de otro modo, no podrían optar.

¿Solicita ayuda para alguien que haya fallecido recientemente?

Sí No

↳ En caso afirmativo, indique su nombre:

Fecha de defunción:

 / /

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud que deba comunicar desde la última vez que presentó una solicitud al DHS o a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA)?

Sí No

Datos adicionales del hogar para la asistencia sanitaria



Seleccione todas las opciones que le correspondan a usted o a un miembro de su hogar:

- Vive o tiene previsto vivir en una residencia de mayores o en un centro de vida asistida en los próximos 15 días En caso afirmativo, ¿quién? No
Nombre del centro:
- Estaba en cuidado de acogida y se inscribió en la asistencia sanitaria cuando cumplió 18-21 años En caso afirmativo, ¿quién? No
En caso afirmativo, ¿en qué estado residía?
Si esta persona residió fuera de Arkansas mientras estuvo en acogida, ¿cumplió los 18 años de edad el 1.º de enero de 2023 o después? Sí No
- Actualmente embarazada o lo estuvo en los últimos 90 días En caso afirmativo, ¿quién? No
Si esta persona está embarazada ahora:
Fecha de parto: / / ¿Cuántos bebés se esperan?
Si esta persona estuvo embarazada en los últimos 90 días: Fecha de finalización del embarazo: / /
¿Estaba esta persona inscrita o tenía derecho a asistencia sanitaria en el momento del nacimiento del bebé? Sí No
En caso afirmativo, ¿en qué estado?
- Tiene facturas médicas sin pagar este mes o prevé tenerlas en los próximos 3 meses En caso afirmativo, ¿quién? No
- Tiene facturas médicas sin pagar de los últimos 3 meses En caso afirmativo, ¿quién? No
¿Se ha acordado el pago? Sí No
¿Ha cambiado el tamaño de su hogar en los últimos 3 meses? Sí No
¿Han cambiado los ingresos de su hogar en los últimos 3 meses? Sí No
¿Han cambiado los recursos de su hogar en los últimos 3 meses? Sí No
¿Se ha mudado esta persona fuera de Arkansas en los últimos 3 meses? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuándo? / /

¿Está usted o algún miembro de su hogar inscrito en un seguro médico distinto de Medicaid o Medicare? En caso afirmativo, comparta los detalles: Sí No

Nombre del miembro del hogar Nombre del seguro médico Número de póliza

Seguro del empleador Asistencia sanitaria para veteranos Suplemento Otro:

Seguro del empleador Asistencia sanitaria para veteranos Suplemento Otro:

85 %

Información fiscal sobre asistencia sanitaria



¿Usted o algún miembro de su hogar tiene previsto presentar la declaración de la renta el año que viene?

Sí No

Persona 1

En caso afirmativo, rellene la sección siguiente:

Estado del expediente:

Nombre del declarante

Soltero

Casado
(declaración conjunta)

Casado
(declaración por separado)

Dependientes fiscales declarados
Que viven en su hogar

Dependientes fiscales declarados
Que NO viven en su hogar

↳ Si está casado y presenta una declaración conjunta, nombre del declarante conjunto:

Persona 2

Nombre del declarante

Soltero

Casado
(declaración conjunta)

Casado
(declaración por separado)

Dependientes fiscales declarados
Que viven en su hogar

Dependientes fiscales declarados
Que NO viven en su hogar

↳ Si está casado y presenta una declaración conjunta, nombre del declarante conjunto:

¿Usted o algún miembro de su hogar está a cargo fiscalmente de alguien que NO vive con usted? En caso afirmativo, rellene la sección siguiente:

Sí No

Nombre del declarante

Nombre del dependiente fiscal

Relación del declarante con la persona a cargo

Añada todo lo que pueda deducirse en la declaración de la renta del hogar. Ejemplos: pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles, etc.

Nombre del miembro del hogar que solicita la deducción

Tipo de deducción

Importe pagado

 \$

Frecuencia (diaria, quincenal, mensual)

 \$

3 Revisión y firma



Revise su solicitud y firme a continuación:

- Entiendo que debo proporcionar al Departamento de Servicios Humanos de Arkansas información completa y verdadera según mi leal saber y entender.
- Entiendo que es posible que deba aportar pruebas de que lo que he dicho al Departamento es cierto.
- Entiendo que debo comunicar al Departamento cualquier cambio en la información que he facilitado en mi solicitud. Acepto cooperar con los revisores estatales o federales.
- Entiendo que tendré que devolver cualquier beneficio que no debiera haber recibido, aunque sea un error del Departamento.
- Entiendo que si me admiten en un centro de cuidados basado en la aprobación condicional de atención médica y mi solicitud es denegada, yo, o mi familia, seremos responsables de reembolsar cualquier gasto que deba por vivir en dicho centro.
- Utilizaré mis beneficios legalmente y no venderé, intercambiaré ni regalaré mis beneficios en línea ni en persona.
- Entiendo que, si se me requiere, debo cooperar con la Oficina de Cumplimiento de Manutención de Menores como condición para recibir beneficios.
- Autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Arkansas (DHS) a obtener información de otras agencias estatales, instituciones financieras, empleadores, agencias federales y otras fuentes para probar que mis declaraciones son verdaderas y correctas. Entiendo que si se detectan diferencias entre lo que comunico y la información facilitada por las fuentes indicadas anteriormente, el derecho de mi familia a recibir beneficios puede verse afectado.
- Autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Arkansas (DHS) a obtener información de los Servicios de Inmigración de los Estados Unidos (Immigration Services, USCIS) a través del Sistema Sistemático de Verificación y Elegibilidad de Extranjeros (Systematic Alien Verification and Eligibility, SAVE) para verificar el estatus de cualquier ciudadano no estadounidense que esté solicitando beneficios para sí mismo.
- He recibido, revisado y acepto la información sobre mis responsabilidades incluida en esta solicitud.

¿Desea registrarse para votar?

Sí No

Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. El hecho de solicitar o rechazar el registro para votar no afectará la cuantía de la ayuda que se le prestará ni su derecho a votar. Su decisión de registrarse o no para votar será confidencial. Si desea ayuda para rellenar el impreso de solicitud de inscripción electoral, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Si hay más personas en su hogar que desean una solicitud de inscripción de votantes, háganoslo saber.

Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, o en su derecho a la privacidad a la hora de decidir si se registra o no; puede presentar una queja ante el: Secretario de Estado de Arkansas, División de Elecciones, 500 Woodlane, Ste. 26, Little Rock, AR. 72201 o llame gratis al 800-482-1127.

Firme aquí para la atención médica y la TEA



SU FIRMA: la información de este formulario está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales y a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad del Estado y de cotejos cruzados por computadora con otras agencias. La información también puede enviarse al Servicio de Inmigración y Naturalización (Immigration & Naturalization Service, INS) para su verificación. Si se comprueba que la información es incorrecta, su derecho y nivel de beneficios pueden verse afectados, sus beneficios pueden suspenderse y usted puede ser objeto de acciones penales por facilitar información incorrecta a sabiendas.

Bajo pena de perjurio, declaro que he revisado esta solicitud y, a mi leal saber y entender, las respuestas que he dado en esta solicitud son verdaderas, incluida la información sobre el hogar, la ciudadanía y la no ciudadanía, y he señalado todas las cantidades y fuentes de ingresos que he recibido y los bienes que poseo.

Nota: *Un representante autorizado puede firmar este documento siempre y cuando usted haya proporcionado la información requerida en el Anexo 1, adjunto.*

Firma del solicitante

Firma del representante

Fecha

Notas



A series of horizontal dashed lines for taking notes, spanning the width of the page.

Consentimiento para representante autorizado

Si lo desea, puede otorgarle a otra persona el derecho de actuar en su nombre. Esta persona puede dar y obtener datos para esta solicitud, efectuar cualquier acción necesaria para inscribirse en los beneficios y cualquier acción necesaria para obtener las prestaciones.

Persona que solicita el representante autorizado:

Seleccione los programas para los que desea un representante autorizado:

- SNAP (asistencia alimentaria)
 TEA (ayuda en efectivo)
 Asistencia sanitaria (Asistencia médica)

Esta persona puede solicitar beneficios, facilitar entrevistas, recibir notificaciones, informar cambios y hacer consultas. Si el proceso de entrevista SNAP es completado por el representante autorizado, este debe proporcionar una forma de identificación. Su hogar será responsable de cualquier sobreemisión que resulte de que el representante haya facilitado información incorrecta.

Nombre del representante

Teléfono principal

Nombre de la organización

Correo electrónico

Dirección del representante

Unidad/apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Firme aquí

Al firmar, certifico que la(s) persona(s) designada(s) anteriormente está(n) autorizada(s) a actuar en mi nombre. **Entiendo que mi hogar será responsable de cualquier sobreemisión que resulte de que el representante autorizado proporcione información incorrecta.** Entiendo que cualquier persona que proporcione información falsa a sabiendas puede ser procesada en virtud de las leyes federales y estatales aplicables. Entiendo que el poder para actuar como representante autorizado es válido hasta que yo modifique la autorización o notifique a la agencia que el representante ya no está autorizado para actuar en mi nombre, o el representante autorizado informe a la agencia que ya no actúa en tal calidad, o se produzca un cambio en la autoridad legal en la que se basaba la autoridad del individuo u organización.

Firma del solicitante

Fecha

Acepto mantener, o estar legalmente obligado a mantener, la confidencialidad de cualquier información que proporcione la agencia en relación con el cliente. Si el representante autorizado para la atención médica es un proveedor, miembro del personal o voluntario de una organización, afirmo que cumpliré las normativas del título 45 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), parte 431, subparte F y el título 45 del CFR §155.260(f), sección 447.10, así como otras leyes estatales y federales pertinentes relativas a conflictos de intereses y confidencialidad de la información.

Firma del representante

Fecha

Detalles del hogar: ciudadano no estadounidense



Muchos inmigrantes tienen derecho a beneficios. **Rellene los datos de inmigración de los miembros del hogar que no sean ciudadanos estadounidenses y soliciten beneficios.**

Lista de estados de inmigración:

| | | |
|--------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------|
| Afgano humanitario en libertad condicional | Residente legal permanente | Visado especial de inmigrante |
| Amerasiático | Marshalés | Humanitario ucraniano |
| Asilado | Micronesio | Permiso de permanencia temporal (parole) |
| Cubano o haitiano entrante | Palauano | Indocumentado |
| | Refugiados | Víctima de trata |

Persona 1

| | | |
|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Nombre del miembro del hogar | Estado de inmigración | Fecha de inicio del estado |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

| | | | |
|----------------------|----------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Tipo de documento | Número de identificación del documento | N.º de extranjero (alien) | Fecha de entrada en EE. UU. |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

Se trasladó a EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996 Sí No

Persona 2

| | | |
|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Nombre del miembro del hogar | Estado de inmigración | Fecha de inicio del estado |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

| | | | |
|----------------------|----------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Tipo de documento | Número de identificación del documento | N.º de extranjero (alien) | Fecha de entrada en EE. UU. |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

Se trasladó a EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996 Sí No

Persona 3

| | | |
|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Nombre del miembro del hogar | Estado de inmigración | Fecha de inicio del estado |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

| | | | |
|----------------------|----------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Tipo de documento | Número de identificación del documento | N.º de extranjero (alien) | Fecha de entrada en EE. UU. |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

Se trasladó a EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996 Sí No

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido clasificado alguna vez como refugiado/asilado? Sí No

¿Usted, sus padres, su cónyuge o su patrocinador han trabajado alguna vez en EE. UU.? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? Yo Padres Cónyuge Patrocinador

Si usted o un miembro de su hogar es residente legal permanente (Lawful Permanent Resident, LPR), ¿tiene un patrocinador? Sí No

En caso afirmativo, proporcione a continuación los datos del patrocinador.

| | | |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre legal del patrocinador | Empleador | Ingresos mensuales |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Si tiene un patrocinador, incluya sus datos en las finanzas del hogar: activos/recursos a partir de la página 5.

Detalles del hogar: Padre no custodio/ausente



¿Algún niño de su hogar tiene padres que viven fuera de casa? En caso afirmativo, proporcione a continuación los datos del padre no custodio/ausente:

Persona 1

| | | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Nombre del padre ausente | Fecha de nacimiento | Nombre legal del niño | Fecha de nacimiento |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="/ /"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="/ /"/> |
| ¿Se ha establecido la paternidad? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Fecha de la última recepción: | <input type="text" value="/ /"/> |
| ¿Se ha ordenado judicialmente la manutención de menores? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |

Persona 2

| | | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Nombre del padre ausente | Fecha de nacimiento | Nombre legal del niño | Fecha de nacimiento |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="/ /"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="/ /"/> |
| ¿Se ha establecido la paternidad? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Fecha de la última recepción: | <input type="text" value="/ /"/> |
| ¿Se ha ordenado judicialmente la manutención de menores? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |

Persona 3

| | | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Nombre del padre ausente | Fecha de nacimiento | Nombre legal del niño | Fecha de nacimiento |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="/ /"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="/ /"/> |
| ¿Se ha establecido la paternidad? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Fecha de la última recepción: | <input type="text" value="/ /"/> |
| ¿Se ha ordenado judicialmente la manutención de menores? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |

Como condición para tener derecho a la asistencia sanitaria, el SNAP y la TEA, debe informar al DHS si alguno de los niños para los que solicita beneficios tiene un padre ausente del hogar. Si no facilita los datos del padre ausente, será sancionado y no podrá optar a los beneficios, a menos que pueda demostrar que tiene una causa justificada para no cooperar.

¿Desea alegar un motivo justificado para no cooperar con la Oficina de Cumplimiento de Manutención de Menores? Sí No

En caso afirmativo, seleccione lo(s) motivo(s) justificado(s) que corresponda(n):

- Trabaja con una agencia que lo ayuda a decidir si dar al niño en adopción.
- Están en curso los procedimientos judiciales para la adopción del niño.
- El niño nació como consecuencia de una violación o incesto.
- Se prevé que la cooperación puede provocar daños físicos o emocionales graves a usted o al menor.

Otro:

Detalles del hogar: para un menor que no vive en casa



¿Usted o algún miembro de su hogar tiene un menor que vive fuera de casa? En caso afirmativo, proporcione a continuación los datos de padres e hijos:

Persona 1

Nombre legal del niño Fecha de nacimiento / / Nombre del padre custodio

↳ Nombre del miembro del hogar (el otro padre del niño)

¿Se ha establecido la paternidad? Sí No Fecha de la último pago: / /

¿Se ha ordenado judicialmente la manutención de menores? Sí No

Persona 2

Nombre legal del niño Fecha de nacimiento / / Nombre del padre custodio

↳ Nombre del miembro del hogar (el otro padre del niño)

¿Se ha establecido la paternidad? Sí No Fecha de la último pago: / /

¿Se ha ordenado judicialmente la manutención de menores? Sí No

Detalles del hogar: Indígena estadounidense o nativo de Alaska

Si usted o un miembro de su hogar son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska, puede obtener servicios de los Servicios de Salud para Personas Indígenas, de los programas de Salud Tribal o de los programas de Salud Urbana para Personas Indígenas. Además, es posible que no tenga que pagar gastos compartidos y que le correspondan periodos especiales de afiliación mensual. Responda a las preguntas a continuación para asegurarse de que su familia recibe la máxima ayuda posible.

Persona 1

| | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del miembro del hogar <input type="text"/> | Miembro de una tribu reconocida a nivel federal <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No | Elegible para los servicios (programas indicados anteriormente) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Ha recibido servicios (programas indicados anteriormente) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

En caso afirmativo, nombre de la tribu:

Persona 2

| | | | |
|----------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
|----------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

En caso afirmativo, nombre de la tribu:

Persona 3

| | | | |
|----------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
|----------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

En caso afirmativo, nombre de la tribu:



Anexo 5

Herramienta de evaluación de drogas de la TANF

A partir del 1.º de enero de 2016, de conformidad con la Ley 1205 de 2015, todos los adultos (mayores de 18 años) solicitantes/receptores de la TANF que de otra manera son elegibles para los programas de TANF deben ser evaluados por el uso ilegal de una sustancia controlada. Si se sospecha que el solicitante o beneficiario consume drogas ilegales, tendrá que someterse a una prueba de drogas y, potencialmente, a un tratamiento por abuso de sustancias. Si el solicitante o beneficiario no cumple alguno de estos requisitos, el caso TANF se denegará/cerrará, o se aprobará con un beneficiario de protección. Uso ilegal de una sustancia controlada (droga ilegal) significa:

- El consumo de una droga prohibida por la ley, o
- El consumo de un medicamento de venta con receta que es una sustancia controlada que no le ha sido recetada.

Cada persona de su hogar que no esté exenta de someterse a pruebas de detección de drogas debe responder a las preguntas a continuación antes de que se pueda determinar si reúne los requisitos para recibir la TANF. Cada adulto que cumpla los requisitos recibirá un formulario que deberá cumplimentar.

Comprendo los procedimientos de evaluación de drogas que se detallan en este formulario y responderé con sinceridad a cada una de las preguntas que figuran a continuación.

En los últimos 30 días, ¿ha consumido drogas ilegales?

Sí No

En los últimos 30 días, ¿ha perdido o le han denegado un trabajo debido al consumo actual de drogas ilegales?

Sí No

 /

Firma del solicitante/receptor

Nombre del solicitante/receptor

Fecha

Información importante para usted

Si no rellena este formulario, su solicitud será denegada. Si es usted beneficiario, su caso se cerrará. Le enviaremos una notificación por separado si tomamos esta medida.

- Mientras reciben la ayuda en efectivo, los miembros adultos del hogar pueden tener que someterse a una prueba de detección de drogas si hay motivos razonables para creer que están consumiendo drogas ilegales.
- Si da positivo en drogas ilegales, debe cooperar con los requisitos de las pruebas de drogas y su Plan de Acción, o su caso será denegado/cerrado o procesado con un beneficiario de protección en su lugar.

El DHS es un proveedor/empleador que ofrece igualdad de oportunidades en virtud de los títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA), la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Discriminación por Edad de 1975. El DHS prohíbe la discriminación en las admisiones, programas, servicios, actividades o empleo por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad y discapacidad. El DHS debe efectuar ajustes razonables para permitir que una persona con discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Por ejemplo, esto significa que, si es necesario, el DHS debe proporcionar intérpretes de lengua de señas para las personas sordas, un lugar accesible en silla de ruedas o material impreso ampliado. También significa que el DHS tomará cualquier otra medida razonable que le permita participar y comprender un programa o actividad, incluida la introducción de cambios razonables en una actividad. Si cree que no va a poder entender o participar en un programa o actividad debido a su discapacidad, le rogamos que nos lo comunique con antelación, si es posible. Para solicitar este documento en un formato alternativo o para más información sobre esta política, póngase en contacto con la oficina de su condado.

Nota: Si tiene más miembros adultos en su hogar, haga una copia de esta página y adjúntela.

Sus derechos y responsabilidades



Lea atentamente toda esta sección para comprender sus derechos y responsabilidades cuando reciba beneficios de asistencia sanitaria, Ayuda Transitoria para el Empleo (TEA) o beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP).

Derechos y responsabilidades en todos los programas

1. Tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto.
2. Tiene derecho a solicitar cualquier programa de asistencia pública en cualquier momento.
3. Tiene derecho a que su solicitud se tramite a su debido tiempo.
4. Tiene derecho a no darnos toda o parte de la información que le pedimos, aunque ello pueda afectar a nuestra capacidad para tramitar su caso.
5. Tiene derecho a que se le notifique por escrito cualquier modificación del importe de su beneficio.
6. Tiene derecho a consultar el expediente de su caso. Si no está de acuerdo con algo de lo que figura en su expediente, dígaselo al trabajador de la oficina de su condado.
7. Tiene derecho a solicitar una apelación y obtener una audiencia administrativa si no se toma una decisión sobre su caso en el plazo adecuado o si no está de acuerdo con la decisión tomada.
8. No se podrá denegar la asistencia a ninguna persona por motivos de raza, color, sexo, origen nacional o discapacidad.
9. Usted es responsable de notificar al Departamento de Servicios Humanos en el plazo de 10 días si cambian sus datos personales, sus ingresos o recursos, o si se produce cualquier otro cambio en sus circunstancias.
10. Tiene derecho a recibir servicios de intérprete cuando lo solicite.
11. Tiene derecho a no ser discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo, incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género.

Derechos y deberes del SNAP

SNAP ayuda a las personas con bajos ingresos y pocos recursos a obtener los alimentos que necesitan para gozar de buena salud. Las tarjetas SNAP de transferencia electrónica de beneficios (electronic benefits transfer, EBT) se utilizan en lugar de dinero en efectivo para comprar alimentos. Sin embargo, la mayoría de las personas descubren que deben gastar algo de dinero en efectivo junto con sus beneficios del SNAP para comprar alimentos suficientes para un mes.

Sus derechos

1. Tiene derecho a pedirle ayuda a su trabajador para obtener la información que necesita para determinar si cumple los requisitos.
2. La participación en el SNAP no está limitada en el tiempo. Usted puede seguir recibiendo SNAP si reúne los requisitos de acuerdo con las normas de SNAP, incluso si alguien en su hogar recibe asistencia en efectivo de TEA. Si alguien en su hogar recibe asistencia en efectivo TEA, la participación en SNAP no cuenta contra sus límites de tiempo TEA.
3. Tiene derecho a conocer las normas del SNAP.
4. Tiene derecho a saber cómo hemos tramitado su caso de beneficio de SNAP.

Sus responsabilidades

1. **Advertencias penales:** Si usted recibe SNAP, debe seguir las reglas siguientes:
 - **NO** dé información falsa (incorrecta) ni oculte información para obtener el SNAP.
 - **NO** dé información falsa (incorrecta) para ayudar a otra persona a obtener el SNAP.
 - **NO** ponga su dinero o propiedad a nombre de otra persona para obtener beneficios del SNAP.
 - **NO** venda ni intercambie ni intente vender o intercambiar su SNAP.
 - **NO** use su SNAP para comprar artículos como bebidas alcohólicas o tabaco.
 - **NO** use una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) del SNAP que pertenezca a otra persona para comprar alimentos para su hogar.
 - **NO** use los beneficios del SNAP ni permita que otra persona use estos beneficios si sabe que los beneficios han sido recibidos de forma ilegal, entregados a alguien que no sea el propietario legal, o que van a ser usados de alguna manera ilegal.

Cualquier miembro de su hogar que admita haber infringido alguna de estas reglas o que sea declarado culpable de haber infringido alguna de estas reglas puede ser descalificado para obtener beneficios del SNAP durante:

- Un año por la primera infracción
- Dos años por la segunda infracción
- Permanentemente por la tercera infracción

Esta persona también puede ser multada con hasta \$250,000, enviada a la cárcel por hasta 20 años, o ambas cosas. Pueden ser objeto de enjuiciamiento federal. Las sanciones federales pueden incluir un período de inhabilitación adicional de 18 meses o, para la segunda y posteriores condenas por delito grave de fraude al SNAP, una pena de cárcel obligatoria.



Inhabilitaciones adicionales

- Una persona declarada culpable de haber hecho una afirmación o declaración fraudulenta con respecto a la identidad o lugar de residencia del individuo con el fin de recibir múltiples beneficios del SNAP de forma simultánea será inelegible para participar en el programa SNAP por un período de 10 años.
 - Una persona declarada culpable en un tribunal federal, estatal o local de haber traficado con beneficios por un importe total de \$500 o más no podrá participar en el programa SNAP de forma permanente desde la primera vez que se produzca dicha infracción.
 - Una persona declarada culpable por un tribunal federal, estatal o local de haber traficado SNAP por sustancias controladas (drogas ilegales o recetas que no fueron escritas para usted) se le prohibirá recibir el SNAP durante 24 meses por la primera violación y permanentemente por la segunda violación.
 - A una persona declarada culpable por un tribunal de intercambiar SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos se le prohibirá permanentemente recibir el SNAP.
 - Una persona que sea un delincuente fugitivo o un violador de la libertad condicional se le prohíbe recibir SNAP, mientras que esté huyendo para evitar la custodia.
2. **Requisito de trabajar:** a menos que estén exentas, las personas entre 18 y 54 años que reciben SNAP deben cumplir con el requisito de trabajar. Quien no esté exento debe trabajar al menos 20 horas semanales en un empleo por cuenta propia o ajena; o asistir a un curso homologado de formación para el empleo al menos 20 horas semanales.
3. **¿Qué puedo comprar con los beneficios del SNAP?** Una persona solo puede comprar alimentos elegibles con sus beneficios del SNAP. Los alimentos elegibles incluyen, entre otros, plantas y semillas que se pueden utilizar para cultivar alimentos. No se pueden comprar los siguientes artículos con los beneficios de SNAP:
- Artículos de papel
 - Productos de limpieza
 - Artículos para el hogar
 - Bebidas alcohólicas
 - Productos de tabaco
 - Vitaminas, medicamentos o artículos de cuidado personal como pasta de dientes
 - Alimentos preparados para ser consumidos en la tienda
 - Comida caliente preparada en la tienda para ser "llevada" y consumida

Declaración de no discriminación del SNAP

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen o administren programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos de presentación de quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (p. ej., braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben ponerse en contacto con la oficina local de su condado o con Access Arkansas llamando al 855-372-1084. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con Arkansas Relay en el 800-285-1131 o con USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones en el 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Para presentar una denuncia por discriminación, póngase en contacto con

Oficina de Gestión de Programas y Subvenciones

P.O. Box 1437 Slot-S335

Little Rock, AR 72203-1437

Llame al (501) 534-4119

DCOCivilRightsComplaints@dhs.arkansas.gov

Para presentar una queja por discriminación en un programa, rellene el formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, AD-3027, que encontrará en línea en How to File a Program Discrimination Complaint (Cómo presentar una queja por discriminación en un programa) y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y facilite en ella toda la información solicitada en el formulario.

Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentados al USDA antes del:

Correo: USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o

Correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

Derechos y responsabilidades de la TEA

El programa de Ayuda Transitoria al Empleo (TEA) tiene por objeto ayudar a las familias necesitadas con hijos a ser más responsables de su propio sustento y menos dependientes de la asistencia pública. Las ayudas del programa TEA tienen por objeto ayudar a las familias necesitadas a ser económicamente autosuficientes, ofreciéndoles oportunidades para conseguir y conservar un empleo que permita el sustento de la familia. Hay un límite en el número de meses que puede recibir TEA. Es su responsabilidad trabajar para lograr la autosuficiencia antes de que finalice su ayuda de duración limitada.

Sus derechos

1. Que le comuniquen por escrito sus requisitos laborales.
2. Si tiene problemas personales o familiares que le impiden ir a trabajar, el gestor de su caso puede remitirle a un organismo que pueda ayudarlo.
3. Puede solicitar una prórroga de los beneficios económicos de la TEA al final de su plazo por circunstancias ajenas a su voluntad si más tiempo lo ayudará a ser totalmente independiente.

Sus responsabilidades

1. **Reuniones:** asista a todas las reuniones que el gestor de su caso programe para usted.
2. **Acuerdo de responsabilidad personal:** el Acuerdo de Responsabilidad Personal (Personal Responsibility Agreement, PRA) es un acuerdo en el que se establece lo que tendrá que hacer para que lo ayudemos. El gestor de su caso repasará con usted estas responsabilidades. Si usted no hace esto, puede causar una disminución o pérdida de su pago de asistencia en efectivo.
 - Debe cooperar con la ejecución de manutención de menores a menos que tenga una buena causa, los requisitos de trabajo, y ciertas responsabilidades con su familia.
 - Debe asegurarse de que su hijo en edad escolar va a la escuela y que su hijo en edad preescolar recibe sus inmunizaciones (vacunas).
 - Cumplir con todos los requisitos de su Acuerdo de Responsabilidad Personal y el Plan de Empleo.
3. **Actividades de participación en el trabajo:** los adultos que obtienen la TEA deben completar las actividades laborales descritas en sus planes de empleo durante un número mínimo de horas semanales. Las actividades permitidas son:
 - Empleo en una empresa privada o pública
 - Trabajo por cuenta propia
 - Formación en el puesto de trabajo
 - Búsqueda de empleo y preparación para este
 - Experiencia laboral
 - Servicio a la comunidad
 - Formación profesional y técnica
 - Beneficio de servicios de guardería a un participante en un servicio a la comunidad
 - Formación directamente relacionada con el empleo
 - Formación para el empleo
 - Asistencia a un centro de enseñanza secundaria

Su gestor de casos le explicará cada actividad y los requisitos de participación. Debe facilitar al DHS información veraz y no ocultar información con el fin de obtener la TEA sin seguir las normas.

4. **Cesión de derechos para la TEA (requisitos para la ejecución de la manutención de menores):** entiende que si acepta la ayuda económica de la TEA, por ley estatal, habrá cedido todos los derechos, títulos e intereses de cualquier ayuda que tenga en su propio nombre o en nombre de cualquier otra persona por la que esté recibiendo la TEA. Usted entiende que todos los pagos de manutención, incluidos los que reciba directamente del progenitor ausente, deben abonarse a la Oficina de Cumplimiento de Manutención de Menores (Office of Child Support Enforcement). Entiende que esta cesión finaliza cuando deja de recibir la TEA, excepto en lo que respecta a cualquier obligación de manutención impagada que se haya acumulado en el momento en que se cierre su caso de TEA. También entiende que, como condición para tener derecho a la TEA, debe cooperar con la Oficina de Cumplimiento de Manutención de Menores en el establecimiento de la paternidad y la obtención de la manutención infantil.
5. **Avisos de penalización**
 - Si no participa en sus actividades laborales, su gestor de casos de la TEA decidirá si tiene una buena razón y si está recibiendo todos los servicios de apoyo que necesita. Si usted no tiene una buena razón para no participar, su pago en efectivo puede ser reducido, o su caso puede cerrarse hasta que usted participe.



Derechos y responsabilidades de la TEA Continuación



- Si usted recibe beneficios a los que usted o su hogar no tienen derecho porque usted dio información falsa u ocultó información la asistencia estará sujeta a recuperación por el DHS, cualquier asistencia que reciba en el futuro puede ser reducida para recuperar este pago en exceso, y puede ser procesado por fraude, multado o encarcelado.
 - **NO** dé información falsa ni oculte información para tener derecho a los beneficios.
 - **NO** ponga su dinero ni sus bienes a nombre de otra persona para obtener beneficios de TEA.
- 6. Fraude:** El fraude consiste en dar información falsa (errónea) u ocultar información con el fin de obtener una ayuda a la que una persona no tiene derecho según las normas y reglamentos del programa. Cometer fraude puede acarrear multas penales, sanciones y el pago de beneficios atrasados.
- 7. Violación intencional del programa:** Una violación intencional del programa (Intentional Program Violation, IPV) en el Programa TEA se presenta cuando una persona da información incorrecta con el propósito de mantener falsamente la elegibilidad de la familia para la TEA. Si se le declara culpable de una IPV, no podrá participar en el programa durante:
- la primera infracción, un (1) año.
 - la segunda infracción, dos (2) años.
 - más de dos, permanentemente.

Derechos y responsabilidades de atención médica

La atención médica reembolsa a los proveedores los servicios médicos cubiertos que se prestan a las personas necesitadas que cumplen los requisitos a través del programa Medicaid. La elegibilidad se determina según los ingresos, los recursos, la residencia en Arkansas y otros requisitos. Los servicios cubiertos también varían entre las distintas categorías de Medicaid. El Programa Arkansas Health and Opportunity for Me (ARHome) no es un derecho federal o estatal perpetuo ni un programa de derechos garantizados, y puede finalizar en cualquier momento mediante la notificación correspondiente.

Sus derechos

1. Tiene derecho a solicitar servicios de búsqueda de empleo y formación laboral a Arkansas Workforce Connections (AWC), pero no es un requisito para recibir Medicaid o el programa Arkansas Health and Opportunity for Me (ARHome).
2. Usted no tiene el derecho federal o estatal perpetuo o un derecho garantizado a ARHome, y puede ser terminado en cualquier momento previo aviso apropiado.
3. Está cediendo al DHS sus derechos a buscar y obtener dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales u otros terceros.
4. Está otorgando a la agencia de Medicaid derechos para perseguir y obtener ayuda médica de un cónyuge o padre/madre.

Sus responsabilidades

1. Responsabilidades generales

- Tiene la responsabilidad de notificar al Departamento de Servicios Humanos de cualquier cambio que ocurra en sus circunstancias, incluida, entre otros, la adición de nuevos miembros del hogar que obtengan ingresos adicionales, adquieran o se deshagan de propiedades.
- Tiene la responsabilidad de dar toda la información necesaria que pueda sobre sus circunstancias.
- Tiene la responsabilidad de completar en su totalidad los formularios con información verdadera a su leal saber y entender.
- Si recibe atención médica en un centro de cuidados, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID) o en virtud de una exención basada en el hogar/la comunidad, usted tiene la responsabilidad de que el importe de los beneficios de asistencia sanitaria que el DHS pagó en su nombre se recupere de su patrimonio o del beneficiario de una escritura de beneficiario después de su fallecimiento.
- Tiene la responsabilidad de cooperar con la Oficina de Cumplimiento de Manutención de Menores (Office of Child Support Enforcement, OCSE) en el establecimiento de la paternidad y la obtención de la manutención médica para cada niño que tenga un progenitor ausente del hogar si el programa que ha solicitado se lo pide.

2. Advertencias penales: Si usted recibe beneficios de asistencia sanitaria, debe seguir las reglas siguientes:

- **NO** dé información falsa ni oculte información para tener derecho a recibir beneficios.
- **NO** ponga su dinero o propiedad a nombre de otra persona para recibir beneficios de asistencia sanitaria.
- Si recibe beneficios a los que usted o su hogar no tienen derecho porque dio información falsa u ocultó información, la asistencia estará sujeta a recuperación por parte del DHS, cualquier asistencia que reciba en el futuro puede reducirse para recuperar este sobrepago y usted puede ser procesado por fraude, multado o encarcelado.

De acuerdo con la política del Departamento de Servicios Humanos (DHS), Medicaid no puede denegarle la elegibilidad o beneficios por motivos de raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas.

Aviso de privacidad

La LEY DE PRIVACIDAD de 1974 exige que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) le informe:

1. Si la divulgación es voluntaria u obligatoria;
2. Cómo utilizará el DHS su SSN y,
3. La ley o reglamento que permite al DHS pedirle el SSN. Estamos autorizados a recabar determinada información de su hogar, incluido el número de Seguro Social (SSN) de cada uno de los miembros del hogar que reúnan los requisitos necesarios.

Para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, esta autoridad se concede en virtud de la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008 modificada, 7 U.S.C. 2001-2036. Tanto para el Programa Medicaid como para el Programa TEA, esta autoridad se concede en virtud de las leyes federales codificadas en el título 42 del USC, secciones 1320b-7(a)(1) y 1320b-7(b)(2). Esta información puede verificarse mediante programas informáticos de comparación de la información. Utilizaremos esta información para determinar la elegibilidad para el programa, para controlar el cumplimiento de las normas del programa y para la gestión del programa. Esta información puede ser divulgada a otras agencias federales y estatales y a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Si surge una reclamación contra su hogar, la información de esta solicitud, incluidos todos los SSN, puede facilitarse a funcionarios federales o estatales o a agencias privadas con fines de cobro.

Aviso importante sobre la recuperación de bienes

Si recibe asistencia sanitaria en un centro de cuidado, un centro ICF/IID o en virtud de un programa de exención basado en el hogar y la comunidad, el importe total de los beneficios de asistencia sanitaria pagados en su nombre se adeudará al DHS y podrá recuperarse de su patrimonio o del cesionario de una escritura de beneficiario tras su fallecimiento. Su patrimonio son los bienes que posee en el momento de su fallecimiento. El DHS no reclamará contra su patrimonio mientras usted viva. El DHS no reclamará contra su patrimonio tras su fallecimiento si su cónyuge aún vive o si tiene hijos menores de 21 años a su cargo o es ciego o tiene hijos discapacitados. El DHS cobrará la deuda, si la hubiera, presentando una reclamación en su patrimonio. El cobro puede no efectuarse si no es rentable para el DHS o si sus herederos solicitan y se les concede una dispensa por dificultades económicas tras su fallecimiento. Puede estar presente una dificultad si la propiedad de la herencia es la única fuente de ingresos para sus herederos, si esos ingresos son limitados o si hay otras circunstancias apremiantes.

Control de calidad

Su caso puede ser seleccionado para una revisión de control de calidad (Quality Control, QC). Si es así, el trabajador de QC comprobará su caso para ver si nos ha proporcionado la información correcta. También comprobarán que la oficina del condado del DHS tramitó su caso de manera correcta. Si su caso es seleccionado para una revisión de QC, el trabajador de control de calidad se pondrá en contacto con usted para una entrevista. Debe facilitar información que demuestre que sus declaraciones son verdaderas y correctas. El trabajador de QC puede ponerse en contacto con su empleador, su banco, otras agencias, su arrendador, etc., para obtener información. Si no coopera durante una revisión de QC, su caso SNAP se cerrará. No será elegible para obtener beneficios del SNAP hasta que coopere con QC o hasta febrero del año siguiente, lo que ocurra primero.

Su derecho a apelar

Si cree que el DHS ha cometido un error, puede apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien en el DHS que usted cree que la acción fue incorrecta y que quiere una revisión imparcial de la acción. Puede estar representado en el proceso por otra persona. Puede solicitar una apelación de las maneras siguientes:

- En persona: hable con el personal de cualquier oficina de condado del DHS.
- Por teléfono: puede llamar a la Oficina de Apelaciones y Audiencias al (501) 682-8622, o puede llamar a la oficina local de su condado.
- Por correo electrónico: DHS.Appeals@dhs.arkansas.gov
- Por correo: Departamento de Servicios Humanos de Arkansas

Oficina de Apelaciones y Audiencias
Slot S101
P.O. Box 1437
Little Rock, AR 72203-1437

Cómo presentar una queja

Tiene derecho a presentar una queja si el Departamento de Servicios Humanos lo ha discriminado. Puede presentar una queja de forma oral o por escrito poniéndose en contacto con la Oficina Gestión de Programas y Subvenciones, Unidad de Derechos Civiles, P.O Box 1437 Slot S335, Little Rock, AR 72203-1437, enviando un correo electrónico a DCOCivilRightsComplaints@dhs.arkansas.gov o llamando al (501) 534-4119.

