



Departamento de Servicios Humanos de Tennessee

Solicitud de Asistencia Familiar

Si necesita ayuda con este formulario porque tiene una discapacidad o no habla inglés, no dude en informarnos. Tenemos ayuda gratuita disponible. Comuníquese con el Centro de Servicio de Asistencia Familiar al número 866-311-4287 y/o con el número de TTY al 711. Después del mensaje grabado, le comunicarán con una operadora que le puede facilitar un intérprete.

ESTA CASILLA ES SOLO PARA USO DEL TDHS

Número de caso: _____
 Fecha de recibo: _____
 Condado: _____

Aceptaremos su solicitud con solo su nombre, dirección y firma. Pero mientras más información nos dé, más pronto podremos determinar si puede recibir ayuda. Si es aprobado, sus beneficios comenzarán a partir de la fecha de recibo de la solicitud. En la mayoría de los casos, tendrá que hablar con un empleado del TDHS para completar el proceso de la solicitud.

Podrá recibir SNAP en 7 días si:

1. El ingreso mensual de su unidad familiar es menos de \$150, y sus recursos actualmente son de \$100 o menos.
2. Su costo de vivienda (más los servicios públicos) es mayor que su ingreso mensual y sus ahorros.
3. Realiza trabajo agrícola por temporada o migratorio.

Si tiene una discapacidad que le dificulte llenar o entender esta solicitud, podemos ayudarle. Si no puede acudir a nuestra oficina, podemos llamarle o visitarle. Los clientes pueden presentar la solicitud para beneficios y los documentos de certificación a la oficina de su condado por correo, entrega en persona o pueden presentar una solicitud en línea en: <https://onedhs.tn.gov/>.

Nombre (Primer nombre/Inicial intermedia/Apellido)			Esta solicitud es para: <u> </u> Familias Primero <u> </u> SNAP		
Dirección domiciliaria			Es posible que le llamemos al número de teléfono de su casa o celular para recordarle sus citas. Le dejaremos un mensaje si no responde.		
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono en casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular/otro
Dirección postal (si es diferente que la anterior)			Usamos los Números de Seguridad Social para verificar que usted es quien dice ser. Los usamos para asegurarnos de que reciba la cantidad de ayuda adecuada, para cambiar la cantidad de ayuda que recibe, para verificar otros registros de computadoras y del gobierno, y para asegurarnos de que está habilitado para el programa. Verificamos los registros del Seguro Social, el IRS y de empleo. Es posible que verifiquemos los registros de los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de EE. UU. (USCIS). Si esos registros no coinciden con lo que usted indica, ello podrá afectar el que pueda recibir ayuda y cuánto pueda recibir en Familias Primero o SNAP. Si proporciona información incorrecta a propósito para obtener ayuda, puede ser enviado a la cárcel.		
Dirección de correo electrónico			El proporcionar información sobre la Raza/el Grupo Étnico ayuda a demostrar si Tennessee cumple con las leyes de derechos civiles. Use los siguientes códigos para indicar la raza: W = Blanco/Caucásico, B = Negro/Afroamericano, A = Asiático, H = Originario de Hawái/Islands del Pacífico, I = Indígena estadounidense/Nativo de Alaska (Su unidad familiar no tiene que dar esta información y ello no afectará su idoneidad o nivel de beneficios). Estado civil: Utilice las siguientes categorías para cada miembro adulto de la unidad familiar: casado, soltero, divorciado, viudo, separado		
¿Es usted una persona sin hogar o desposeída? () Sí () No					
¿Necesita una tarjeta EBT? () Sí () No					

Lista de todas las personas en su unidad familiar (incluido usted) Para añadir más personas, adjunte otra solicitud u otra hoja de papel	¿Esta persona solicita beneficios? (Sí/No)	(NO es necesario si la persona no desea recibir beneficios) Para más información, consulte la página 1 de la Declaración de Entendimiento		Sexo (M/F)	(Opcional) Marque la casilla si es Hispano/ Latino	(Opcional) Raza (ver arriba) Anote todas las que correspondan	Estado civil (ver arriba)	Fecha de nacimiento	Marque la casilla si la persona está embarazada	Marque la casilla si la persona está discapacitada
		Número de Seguridad Social	Marque la casilla si es ciudadano de EE.UU.							

Certifico, bajo pena de perjurio (hacer declaraciones falsas bajo juramento) y bajo toda otra pena aplicable, que las declaraciones hechas en esta solicitud, en todos los anexos y a la persona que me entrevistó, son verdicas y correctas. Todas las personas que solicitan o reciben ayuda son ciudadanos de EE.UU., extranjeros legales o inmigrantes idóneos. Entiendo y estoy de acuerdo con las reglas y la información que se me han dado. Si se me pide, daré la información que compruebe mi declaración o daré permiso al TDHS para obtener comprobantes. Entiendo que tengo que informar de todo cambio según me lo indique el TDHS. Entiendo que la información que provea está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar si dicha información es verídica.

Autorización para compartir información: Es posible que el estado de Tennessee o sus empleados necesiten comprobar que la información que proporcioné es verdadera. Firmar este documento es una indicación de que acepto que se obtengan dichos comprobantes. Esto les permitirá decidir si puedo obtener beneficios de SNAP o Familias Primero. También afirmo que he leído y entendido la Declaración de Entendimiento. **Si solicita SNAP, puede ser sujeto a una revisión de Control de calidad. Los clientes pueden presentar la solicitud para beneficios y los documentos de certificación a la oficina de su condado por correo, entrega en persona o pueden presentar una solicitud en línea en: <https://onedhs.tn.gov/>.**

Firma: _____ Fecha: _____ Testigo (si se firmó con una X): _____ Fecha: _____ Apoderado o representante autorizado: _____ Fecha: _____

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para asegurarse del uso de versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

ESTE RECUADRO es para Familias Primero únicamente: Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar Yo (el/la cliente) doy permiso para que los registros de asistencia escolar de mis hijos incluidos en esta solicitud, sean divulgados por el Departamento de Educación de Tennessee, o por la escuela de mi hijo(a), al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos registros, incluido los números de seguridad social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones bajo Familias Primero. Los registros serán destruidos cuando ya no sean necesarios.		Mi información será compartida con Libros desde el nacimiento (Books from Birth) a menos que yo dedine. Marque aquí para declinar ____. ¿Está dispuesto a cumplir con manutención infantil? (Solo para Familias Primero) Sí _____ No _____		¿Desea una copia de su solicitud completada? ____ Sí ____ No ____ Si es así, ¿prefiere una copia impresa o copia electrónica? ____ Copia impresa ____ Copia electrónica		Sus beneficios de SNAP pueden cancelarse si: * Proporciona información incorrecta u oculta datos para obtener beneficios de SNAP; * Usa la Tarjeta de Seguridad para Beneficios de otra persona sin su permiso; * Usa los beneficios de SNAP para comprar productos como cerveza, cigarrillos o jabón o para pagar cuentas de crédito. Si infringe estas normas, no recibirá beneficios de SNAP: La primera vez durante 1 año; la segunda vez durante 2 años; y la tercera vez permanentemente. Si intercambia beneficios de SNAP por drogas. Puede ser retirado del programa: La primera vez durante 2 años; y la segunda vez permanentemente. Será suspendido permanentemente del Programa de SNAP si se le declara culpable: * Intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, o por sustancias controladas (drogas ilícitas); * Vender beneficios de SNAP por un valor de \$500 o más. No proporcione información incorrecta acerca de su identidad o de dónde vive para recibir múltiples beneficios de SNAP. Dar información incorrecta puede impedirle que reciba beneficios de SNAP durante 10 años. Sentencias federales y/o estatales: ¿Usted o alguien en su unidad familiar ha sido declarado culpable de recibir Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés, o dinero en efectivo) o beneficios de SNAP en dos o más estados al mismo tiempo? Sí ____ No ____ ¿Alguien ha usado fondos de TANF en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salones de póker, negocios de entretenimiento para adultos, salones de bingo, hipódromos, y/o tiendas minoristas autorizadas cuyas ventas principales son los productos del tabaco como tabaco de mascar, cigarrillos, pipas, y otros accesorios para fumar? (Solo para TANF) Sí ____ No ____ ¿Usted o alguien en su unidad familiar ha sido sentenciado por comprar o vender beneficios de SNAP por más de \$500? Sí ____ No ____ ¿Usted o alguien en su unidad familiar ha sido sentenciado por un delito mayor debido a comportamiento relacionado con la posesión, uso o distribución de una sustancia o droga controlada después del 22/08/96 (SNAP y TANF)? Sí ____ No ____ ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar se está ocultando o es prófugo de la ley para evitar ser procesado, arrestado, o llevado a la cárcel por una condena por delito mayor o intento de cometer delito mayor, o violación de la misma o por infringir las condiciones de libertad bajo palabra o de libertad condicional? Sí ____ No ____ ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido sentenciado por intercambiar beneficios de SNAP por drogas o sustancias controladas? Sí ____ No ____ ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha recibido SNAP y TANF de otro estado en los últimos 30 días? Sí ____ No ____	
Entiendo que puedo tener uno o dos representantes autorizados: _____ puede solicitar estos beneficios en mi nombre: SNAP () ; Familias Primero () _____ puede usar mis beneficios de SNAP en mi nombre () ; puede usar mis beneficios de Familias Primero en mi nombre () _____ puede solicitar estos beneficios en mi nombre: SNAP () ; Familias Primero () _____ puede usar mis beneficios de SNAP en mi nombre () ; puede usar mis beneficios de Familias Primero en mi nombre ()							
Registro de electores ¿Está inscrito para votar donde vive actualmente? () Sí () No ¿Desea registrarse para votar? () Sí () No ¿Desea que el TDHS le envíe por correo un formulario para registro de electores? () Sí () No Los beneficios que pueda recibir del TDHS no cambiarán si se registra o no para votar y ello tampoco le impide que solicite beneficios.							
En las siguientes casillas, proporcione información acerca de los INGRESOS de su unidad familiar. Ingresos incluyen, entre otros, el ingreso por trabajo, empleo por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios por discapacidad, Seguridad Social/SS, indemnización laboral, beneficios por desempleo, pensiones, subsidios e ingresos por intereses.							
Persona con ingresos impuestos/gastos		Fuente de ingresos (tales como empleo, Seguridad Social, manutención infantil)		Cantidad mensual antes de los impuestos/gastos			
Indique cualquier Recurso de la unidad familiar (dinero en efectivo, cuentas bancarias corrientes, de ahorros o de otros tipos, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos mutuales, cuentas para jubilación, fondos fiduciarios, rentas vitalicias u otros bienes líquidos) Tipo: _____ Valor: \$ _____ Tipo: _____ Valor: \$ _____ Tipo: _____ Valor: \$ _____ Tipo: _____ Valor: \$ _____							
Todo miembro que intencionalmente incumpla alguna de las normas, puede ser descalificado de SNAP por un período desde un año y hasta para siempre, o multado hasta un máximo de \$250,000 o sentenciado con pena de cárcel de hasta 20 años o ambos. Él o ella podrá también ser objeto de procesamiento penal bajo otras leyes estatales o federales que correspondan. Él o ella podrá ser descalificado(a) de SNAP durante 18 meses adicionales si es que así lo ordena el tribunal. No intercambie ni venda las tarjetas de EBT, ni utilice la tarjeta de otra persona. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado como adulto por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otras formas de abuso infantil, un delito federal o estatal relacionado con agresión sexual, o un delito bajo la ley estatal que el Fiscal General haya determinado que es sustancialmente similar a tal delito, después del 7 de febrero de 2014? Sí ____ No ____							
Si tiene entre 18 y 24 años de edad, ¿alguna vez ha estado bajo la custodia del estado cuando era menor de edad? Sí ____ No ____ Gastos de Cuidado infantil Cantidad pagada por semana: \$ _____ Nombre del proveedor de cuidado infantil: _____		Costos de vivienda Alquiler / Hipoteca (marque uno con un círculo) Cantidad mensual: \$ _____ Gas/Electricidad \$ _____ al mes Teléfono \$ _____ al mes		Gastos médicos Indique los gastos médicos recurrentes, tales como recetas médicas o primas de seguros. Esto puede ayudarle a obtener más SNAP si es una persona anciana o discapacitada. Tipo: _____ \$ _____ al mes Tipo: _____ \$ _____ al mes			
				Manutención Infantil pagada Si por ley tiene que pagar manutención infantil a/por un hijo o más, indíquelo aquí: Hijo: _____ \$ _____ al mes Hijo: _____ \$ _____ al mes			
Se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, credos religiosos o ideas políticas. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credos religiosos, discapacidad, edad, ideas políticas o tomar represalias o represión por actividades previas de derechos civiles en alguno de los programas o actividades realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (p. ej. Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas norteamericano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con problemas del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339. También se puede ofrecer información respecto al programa en otros idiomas aparte del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html , o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que contenga toda la información requerida en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o la carta al USDA por: (1) Correo a: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 (2) fax al: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico a: program.intake@usda.gov . Para cualquier otra información relacionada con temas concernientes al Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP), las personas se pueden comunicar con el número de la Línea directa de SNAP del USDA llamando al (800) 221-5689, que también funciona en español o llamar a los números de la línea de Información Estatal/Línea directa del Estado (haga clic en el enlace para ver la lista de números de línea directa por estado); que se encuentra en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotli.nes.htm .							
Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. También puede escribir a: Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, James K. Polk Building, 500 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.							

El personal del TDHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para asegurarse del uso de versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

Distribución: FARAS (original)

HS-0169sp (Rev. 03-22)

RDA: 1716

Página 2 de 2



Importante - ¡Conserve este documento!

Copia del cliente

¿Necesita informar algún cambio? ¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda? Llámenos. La llamada es gratis.

**Centro de Servicio de Asistencia Familiar (Family Assistance Service Center)
1-866-311-4287**

Estamos disponibles para ayudarle de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. hora del centro, de lunes a viernes.

Si tiene alguna discapacidad y necesita asistencia especial, no dude en informarnoslo.

INTÉRPRETES GRATUITOS -- Si no entiende inglés y necesita ayuda, no dude en informarnoslo. Buscaremos un intérprete para que le ayude a comunicarse con nosotros. Este servicio es gratuito. Buscar un intérprete no demorará el procesamiento de su caso. De cualquier manera podemos aceptar su solicitud hoy.

Puede solicitar beneficios de Familias Primero (Families First) o SNAP en una oficina del DHS. Aceptaremos su solicitud con solo su nombre, dirección y firma. Los clientes pueden presentar una solicitud para beneficios y los materiales de certificación a la oficina de su condado por correo, entrega en persona o pueden presentar una solicitud en línea en: <https://onedhs.tn.gov/>. Se debe completar una solicitud y realizar una entrevista. La solicitud del DHS la puede obtener en línea o la puede completar en la oficina del DHS. Puede usar el formulario para presentar la solicitud para un (1) programa o ambos programas. Su solicitud para SNAP no será denegada tan solo porque su solicitud para otro programa haya sido denegada. Procesaremos las solicitudes para SNAP de conformidad con los procedimientos de SNAP, incluidos los plazos y requisitos de audiencia imparcial, e independientemente de que la solicitud sea para SNAP y Familias Primero. Tiene que proporcionarnos comprobantes de su identidad y sus ingresos, y otros datos necesarios para aprobar su solicitud. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes, pregúntele al encargado de su caso del DHS.

Si usted o la persona a cuyo nombre usted presenta una solicitud es elegible para beneficios, los beneficios de SNAP o de Familias Primero serán proporcionados a partir de la fecha en que se reciba la solicitud con su nombre, dirección y firma. La fecha de presentación será diferente si la unidad familiar se encuentra en una institución y solicita SNAP y SSI al mismo tiempo. En ese caso, la fecha de presentación es la fecha de egreso de la institución.

- **Todo miembro de la unidad familiar que solicite beneficios de Familias Primero o SNAP** tiene que darnos su número de Seguridad Social y su categoría de ciudadanía o migratoria. La Ley de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Act) nos permite usar los números de Seguridad Social para asegurarnos de que reciba la cantidad de ayuda adecuada, para cambiar la cantidad de ayuda que recibe, para verificar otros registros de computadoras y del gobierno, y para asegurarnos de que está habilitado para el programa. Para revisar esos registros, usamos el Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos. Si esos registros no coinciden con lo que usted indica, ello podrá afectar el que pueda recibir ayuda y cuánto pueda recibir en dinero en efectivo o SNAP. Si no tiene número de Seguridad Social, podemos ayudarle a solicitarlo.
- Si tiene número de Seguridad Social, y es ciudadano estadounidense, extranjero legal o inmigrante elegible, entonces tiene que solicitar beneficios si es miembro obligatorio de la familia.
 - Ejemplo: Los cónyuges, hijos y sus padres tienen que presentar solicitud como una misma unidad familiar a menos que opte por no solicitar beneficios para alguien que no desea proporcionar su SSN o su categoría migratoria.

- El DHS **no necesita** los números de Seguridad Social ni la categoría de ciudadanía/migratoria de los miembros de la unidad familiar que no soliciten beneficios. Si se proporciona el número de Seguridad Social de alguna persona que no solicita beneficios, dicha información no será enviada a los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de EE.UU. (USCIS) para verificar su categoría.
- Puede solicitar beneficios para ciudadanos e inmigrantes elegibles aunque no solicite beneficios para usted.
- La categoría de ciudadanía de un solicitante miembro de la unidad familiar puede estar sujeta a verificación por parte del USCIS mediante la presentación de la información de la solicitud al USCIS y la información presentada recibida del USCIS puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar.

Se tomarán en cuenta los recursos e ingresos incluso de las personas que no soliciten beneficios.

Si hace una solicitud para ayuda del DHS, podremos dar su Número de Seguridad Social a:

- La policía en busca de infractores de la ley, cuando la ley nos lo permita o exija, o si se emite una orden judicial para ello.
- Otras agencias federales o estatales, si la ley nos permite o exige que lo hagamos.

La recopilación de la información de la solicitud, incluidos los SSN, está autorizada en virtud de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (Food and Nutrition Act) con todas sus enmiendas, artículo 2011-2036 del Título 7 del Código de EE.UU. (U.S.C.). La información se utiliza para determinar si su unidad familiar es elegible o continúa siendo elegible para participar en SNAP. Verificaremos esta información a través de programas de cotejo electrónico. También se usará esta información para supervisar el cumplimiento con los reglamentos del programa y para la administración del programa.

¿Cuánto tiempo tardamos en tomar una decisión respecto a su solicitud?

- Pagos de dinero en efectivo de Familias Primero: Disponemos de cuarenta y cinco (45) días para decidir si tiene derecho a recibirlos.
- SNAP: Puede tardar hasta treinta (30) días para tomar una decisión y otorgarle beneficios de SNAP si reúne los requisitos.
- Para tomar una decisión oportuna, tiene que ayudar al DHS a obtener todos los comprobantes necesarios

El encargado de su caso le informará los cambios que tiene que declarar. Si recibe Familias Primero, tiene que informar al DHS de cualquier cambio en sus condiciones de vida en un plazo de diez (10) días.

Si recibe SNAP y presenta informe simplificado, **debe** informar los siguientes cambios antes del décimo (10^{mo}) día del mes siguiente a que se produzcan los cambios.

- Cuando los ingresos brutos mensuales de la unidad familiar superan el Límite de ingresos brutos de SNAP para el tamaño de su unidad familiar,
- Siempre que las horas de trabajo de una persona adulta físicamente capaz sujeta al requisito de trabajo se reduzcan por debajo de las veinte (20) horas por semana o las ochenta (80) horas promedio por mes, y
- Cuando un miembro de la unidad familiar gana entradas sustanciales en la lotería o juegos de azar.

El encargado de su caso le indicará cuáles son las cantidades.

Los beneficios de SNAP no alterarán sus beneficios de Familias Primero. Si deja de recibir pagos de dinero en efectivo de Familias Primero, aún puede recibir SNAP. Pero si empieza a recibir Familias Primero, es posible que disminuyan sus beneficios de SNAP. **Se le notificará del cambio; sin embargo, puede que reciba el aviso menos de diez (10) días antes de la disminución de los beneficios de SNAP.**

Sus beneficios de SNAP pueden cancelarse si:

- Proporciona información incorrecta u oculta datos para obtener beneficios de SNAP;
- Usa la Tarjeta de Seguridad de Beneficios de otra persona sin su permiso, o si intercambia o vende la Tarjeta de Seguridad de Beneficios;
- Usa los beneficios de SNAP para comprar productos como cerveza, cigarrillos o jabón;
- Paga cuentas de crédito o alimentos adquiridos al crédito con beneficios de SNAP.

Si infringe estas normas, no recibirá beneficios de SNAP:

- Durante un (1) año la primera vez.
- Durante dos (2) años la segunda vez.
- Para siempre la tercera vez.

Si usa o recibe beneficios en una transacción que implica la venta de drogas o sustancias controladas, puede ser descalificado del programa:

- Durante dos (2) años la primera vez.
- Para siempre la segunda vez.

Será descalificado para siempre del Programa de SNAP si un tribunal lo declara culpable de:

- Intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos.
- Vender beneficios de SNAP por un valor de \$500 o más.

Dejará de recibir beneficios de SNAP durante diez (10) años si miente acerca de su identidad o su lugar de residencia para obtener múltiples beneficios de SNAP.

Si no cumple su plan de Familias Primero, podremos cancelar sus pagos de dinero en efectivo de Familias Primero o reducir sus beneficios de SNAP.

Si no informa sus ingresos por su trabajo o si es declarado culpable de haber infringido intencionalmente las normas del Programa de SNAP, es posible que tenga que devolver dinero si recibe beneficios excesivos de SNAP.

Las personas que infrinjan estas normas pueden ir a prisión, ser acusadas conforme a las leyes federales o recibir multas de hasta \$10,000. Si se inicia una reclamación de SNAP contra su unidad familiar, la información en esta solicitud, incluido todos los SSN, podrá ser remitida a agencias federales o estatales así como a agencias privadas de cobro, para el cobro de las reclamaciones.

Uno o más miembros de su unidad familiar tienen que cumplir con los requisitos de inscribirse para trabajar para ser elegible para recibir beneficios de SNAP. Requisitos de inscribirse para trabajar: 1. Inscribirse para trabajar (se completa la inscripción para trabajar cuando se ha firmado la solicitud o el formulario de recertificación o se comunica con nuestra agencia para agregar una persona a su caso de SNAP, y la información es registrada por la agencia); 2. Proporcionar información suficiente sobre la condición laboral y disponibilidad cuando se solicite; 3. Aceptar una oferta de empleo adecuado de treinta (30) horas o más a la semana; 4. No renunciar al trabajo una vez contratado; y 5. No reducir voluntariamente las horas de trabajo. El incumplimiento de los requisitos anteriores, sin motivo fundado, puede resultar en la pérdida de beneficios de SNAP durante los siguientes períodos de tiempo: 1^{era} infracción-un (1) mes; 2^{da} infracción-tres (3) meses o 3^{ra} infracción o más-seis (6) meses. Tiene que declarar si el ingreso bruto mensual total de su unidad familiar supera los límites de ingresos para el tamaño de su unidad familiar o si

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para asegurarse del uso de versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

Distribución: FARAS (Original)

Apéndice del HS-0169 (Rev. 03-22)

RDA: 1716

Página 3 de 10

alguien entre las edades de dieciocho (18) a cuarenta y nueve (49) años disminuye el número de horas de trabajo a menos de veinte (20) horas semanales. Tiene que declarar este cambio antes del décimo (10^{mo}) día del mes siguiente al cambio. Los siguientes recursos pueden ayudarle a buscar empleo: 1. Empleo y Capacitación de SNAP (SNAP E & T); 2. www.Jobs4tn.gov; 3. Oficina local del Departamento de Trabajo y Desarrollo Laboral de Tennessee; 4. También hay otros recursos disponibles.

Una Persona Adulta Físicamente Capaz sin Dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés) es todo adulto en la unidad familiar físicamente capaz sin dependientes entre las edades de dieciocho (18) a cuarenta y nueve (49) años, si no está exento por algún motivo, y solo es elegible para recibir beneficios de SNAP durante tres (3) meses en un período de tres (3) años a no ser que participe en el requisito de trabajo de SNAP. A partir del 1 de enero de 2019, los requisitos de trabajo de SNAP para las ABAWD son los siguientes:

- Trabajar un promedio mínimo de veinte (20) horas a la semana [ochenta (80) horas al mes] o más; O
- Participar en un programa de capacitación calificado durante un promedio de veinte (20) horas a la semana [ochenta (80) horas al mes] o más

Los programas de capacitación cualificados se ofrecen a través del Departamento de Trabajo y Desarrollo Laboral y pueden ser:

- Un programa de conformidad con la Ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral;
- Un programa de conformidad con el artículo 236 de la Ley de Comercio de 1974; O
- Asistencia a clases de Educación Básica para Adultos (ABE)

A partir del 1 de enero de 2019 los participantes ABAWD solo serán elegibles para recibir beneficios de SNAP durante tres (3) meses en un período de treinta y seis (36) meses o tres (3) años.

Puede recibir más SNAP si reúne los requisitos y tiene comprobante de los siguientes tipos de gastos:

- Médicos;
- Cuidado infantil o de dependientes;
- Manutención infantil; o
- Vivienda o servicios públicos

El encargado de su caso del DHS puede ayudarle a obtener los comprobantes. Pero tiene que declarar el gasto y proporcionarnos los comprobantes. Si no declara estos gastos o nos proporciona los comprobantes, se presumirá que no desea la deducción y no recibirá más beneficios de SNAP.

Información de Familias Primero:

Si recibe pagos de dinero en efectivo de Familias Primero a los que no tiene derecho, tendrá que devolver el dinero al estado. Usted puede:

- Pagar de sus pagos de dinero en efectivo de Familias Primero.
- Pagar en efectivo, si no recibe Familias Primero.

Si proporciona información incorrecta u oculta datos para obtener pagos de dinero en efectivo de Familias Primero puede estar sujeto a enjuiciamiento. Puede ser acusado de perjurio (hacer declaraciones falsas bajo juramento), robo u otro delito, y puede ser condenado a un tiempo en la cárcel. Si infringe intencionalmente las reglas de Familias Primero, esto se conoce como una Violación Intencional del Programa. Si lo declaran culpable, puede ser descalificado de Familias Primero durante:

- Seis (6) meses la primera vez;
- Un (1) año la segunda vez; y
- Para siempre la tercera vez

Es ilegal obtener pagos de dinero en efectivo en dos estados al mismo tiempo. Toda persona que haga esto puede ser descalificada de pagos de dinero en efectivo durante diez (10) años.

Se le prohíbe usar su Tarjeta de EBT en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salones de póker, negocios de entretenimiento para adultos, salones de bingo, hipódromos, y tiendas minoristas autorizadas cuyas ventas principales son los productos del tabaco como tabaco de mascar, cigarros, cigarrillos, pipas, y otros accesorios para fumar. Si infringe esta estipulación, es posible que tenga que devolver la cantidad comprada por la primera y segunda infracción. A la tercera infracción, se puede declarar al jefe de su unidad familiar permanentemente inhabilitado para usar una Tarjeta de EBT para acceder a los beneficios de dinero en efectivo de Familias Primero y se podría nombrar a un beneficiario protector para acceder y administrar los beneficios de Familias Primero.

Sus hijos pueden recibir beneficios de Familias Primero O SNAP, pero usted no puede si:

- Es delincuente prófugo
- Es infractor de las condiciones de su libertad condicional o libertad vigilada
- Es culpable de un delito relacionado con drogas cometido después del 22 de agosto de 1996, a menos que sea sujeto a una excepción específica.

El encargado de su caso le puede dar más información acerca de la excepción.

Para obtener pagos de dinero en efectivo de Familias Primero, usted deberá firmar y seguir un Plan de Responsabilidad Personal. Este plan puede requerir que usted asista a una actividad laboral y/o educativa.

Información importante sobre Manutención infantil y Familias Primero:

Es posible que pueda recibir pagos de dinero en efectivo de Familias Primero y manutención infantil al mismo tiempo. Si recibe Familias Primero, tiene que ayudarnos a demostrar quién es el padre de su hijo. También tiene que colaborar con nosotros para cobrar la manutención infantil para los hijos que reciben Familias Primero. No intentaremos cobrar la manutención si usted demuestra que hay un buen motivo para no hacerlo. Toda la manutención infantil tiene que ser entregada al DHS primero. Si el padre le da dinero directamente a usted, tiene que enviarlo al DHS. **Es posible que le devuelvan parte o la totalidad de la manutención infantil.** Estos pagos se conocen como pagos transferibles de manutención infantil.

El monto de su pago transferible de manutención infantil depende de su “necesidad insatisfecha” y el monto de manutención infantil que se paga. Se calcula la necesidad insatisfecha sobre la base de:

- Cuántas personas cubre el pago de dinero en efectivo de Familias Primero

- Qué otros ingresos tiene
- Puede preguntar al encargado de su caso del DHS cuál es el monto de su necesidad insatisfecha.

¿Desea hacer una solicitud para votar en las próximas elecciones? Las leyes estatales y federales exigen que preguntemos si desea inscribirse para votar. Tenemos que hacerle esta pregunta siempre que presente una solicitud o vuelva a presentar una solicitud para beneficios, cuando hace su recertificación para beneficios, o si nos informa que se mudó. Podemos ayudarle a rellenar todos los formularios.

Información sobre el registro de electores:

- Los beneficios que pueda recibir del DHS no cambiarán si se registra o no para votar.
- Le podemos ayudar a presentar una solicitud para registrarse para votar. Es su decisión solicitar ayuda o no. Puede completar el formulario en privado.
- Puede presentar una queja ante el Coordinador de Elecciones, Secretary of State's Office, William R. Snodgrass-Tennessee Tower, 312 Rosa L Parks Ave, Nashville, TN 37243, 1-615-741-7956, Centro de Retransmisión de Tennessee al 1-800-848-0299, si piensa que:
 - Alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar.
 - Alguien ha interferido con su derecho a la privacidad al decidir si desea inscribirse o no, o solicitar inscribirse para votar.
- Si decide inscribirse o se niega, no informaremos a nadie aparte de la comisión electoral acerca de su elección o donde usted presentó su solicitud. Solo usaremos esta información para fines de inscripción.
- La Comisión Electoral del Condado determinará si puede inscribirse para votar. Esto **no** lo decide el DHS.
- Si está inscrito para votar, la Comisión Electoral le enviará por correo la tarjeta de registro de electores. Si no recibe la tarjeta en tres semanas, indague con la Comisión Electoral.
- Si envía por correo la solicitud a la comisión electoral de su condado, tiene que votar en persona la primera vez que vote.
- Le enviaremos por correo una "Solicitud por correo para registro de electores" en un plazo de treinta (30) días si nos informa por teléfono, internet o correo acerca de:
 - Un cambio de dirección
 - Una solicitud
 - Una nueva solicitud
 - Una re-certificación
 - Una revisión

Si la fecha límite para inscribirse es menos de treinta (30) días, le enviaremos por correo el formulario en un plazo de cinco (5) días o al siguiente día laborable, de ser posible.

HIPAA:

La ley federal titulada Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) estipula que debemos mantener la privacidad de los datos acerca de su salud. También estipula que debemos darle este aviso. Las siguientes son las normas

por las que debemos regirnos para mantener la privacidad de los datos acerca de su salud. Estas normas pueden cambiar. Le informaremos de todo cambio importante que se haga.

A fin de determinar su elegibilidad para Familias Primero, el DHS puede compartir su información de salud privada con:

- Algunos empleados del Departamento que la necesitan para decidir si puede recibir Familias Primero.
- El DHS también puede compartir su información de salud privada con el Departamento de Salud y Servicios Humanos ya que es una agencia federal que supervisa el programa de Familias Primero.

Declaración de no discriminación del USDA

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credos religiosos, discapacidad, edad, ideas políticas o tomar represalias o represión por actividades previas de derechos civiles en alguno de los programas o actividades realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (p. ej. Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas norteamericano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con problemas del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339. También se puede ofrecer información respecto al programa en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que contenga toda la información requerida en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o la carta al USDA por:

- (1) Correo a: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax al: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico a: program.intake@usda.gov.

Para cualquier otra información relacionada con temas concernientes al Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP), las personas se pueden comunicar con el número de la Línea directa de SNAP del USDA llamando al (800) 221-5689, que también funciona en español o llamar a los números de la línea de Información Estatal/Línea directa del Estado (haga clic en el enlace para ver la lista de números de línea directa por estado); que se encuentra en línea en:

http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Su derecho a una audiencia imparcial:

¿Qué sucede si no está de acuerdo con lo que se decida respecto a su solicitud o su caso? Usted puede apelar para una audiencia imparcial. En la audiencia usted puede representarse a sí mismo. Usted también puede traer a un amigo, pariente o abogado para que le represente. Una vez que reciba correspondencia nuestra, dispone de noventa (90) días para presentar una apelación por beneficios de Familias Primero y SNAP. Si desea continuar recibiendo beneficios mientras se decide su apelación, usted debe solicitarlo en un plazo de diez (10) días para Familias Primero y SNAP. Si pierde la apelación, es posible que tenga que devolver los beneficios que recibió mientras se decidía la apelación. Si desea presentar una apelación, informe al encargado de su caso del DHS. También puede llamar al Centro de Servicio de Asistencia Familiar al 1-866-311-4287. Este es un número de llamadas gratis.

Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar:

Yo (el/la cliente) doy permiso para que los registros de asistencia escolar de mis hijos incluidos en esta solicitud, sean divulgados por el Departamento de Educación de Tennessee, o por la escuela de mi hijo(a), al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos registros, incluido los números de seguridad social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones bajo Familias Primero y los registros serán destruidos cuando ya no sean necesarios.

Permiso para comunicarse conmigo:

Estoy de acuerdo con que el DHS se comunique conmigo mediante el servicio de correo de los EE.UU. y por teléfono en la dirección y los números indicados en mi solicitud, y me deje mensajes si no estoy disponible, según sea necesario para proporcionar información acerca de mi solicitud para beneficios /los servicios o los beneficios / los servicios que ya estoy recibiendo.