DWS-ESD 61APP-SP
Rev. 05/2020

Estado de Utah
Department of Workforce Services

SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SNAP, FINANCIERA, DE CUIDADO INFANTIL Y MÉDICA

Para tener servicios automatizados más rápidos, usted puede solicitar los programas en línea en jobs.utah.gov

D13320900320137

Marque los Servicios que desea solicitar:

☐ SNAP (Asistencia Alimenticia) ☐ Asistencia Financiera

☐ Asistencia para el Cuidado Infantil ☐ Asistencia Médica

¿Necesita ayuda en pagar servicios médicos de los últimos 3 meses? …… ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿para quién? _____ ¿Para qué mes(es)? _____

1. Su información:

Nombre: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Dirección de Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

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

Nº Telefónico: _____ Otro Nº de Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____ Nº de Seguro Social (opcional): _____

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

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

Nº de Caso: (opcional) _____ Firma: _____

2. ¿Tiene una tarjeta Utah Horizon (Asistencia Financiera y/o SNAP)? …..…..…..…..… ☐ Si ☐ No
Si marca "No", una nueva tarjeta le será enviada por correo. Otras tarjetas que tenga ya no funcionarán.

3. ¿Tienen TODOS los individuos que estan aplicando para beneficios médicos una tarjeta de Medicaid de Utah? (Esta tarjeta se usa para Medicaid) ……..…..…..…..…..…. ☐ Si ☐ No
Si respondió "No", ¿quién necesita una tarjeta? _____

Si desea solicitar beneficios de desempleo favor de visitar el sitio de Internet jobs.utah.gov.

Sus Derechos:

- **SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD, CON GUSTO LE ASISTIREMOS.**
- **USTED TIENE EL DERECHO A RECIBIR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN SIN COSTO.**
- Servicios de traducción se hacen disponibles si usted requiere asistencia adicional durante el proceso de solicitud.
- SNAP y Asistencia Médica:
  Usted puede entregar una solicitud incompleta sólo con su nombre, dirección, y firma; sin embargo antes de que se pueda determinar su elegibilidad, usted debe contestar todas las preguntas. Usted puede enviar su solicitud por fax al: 877-313-4717, por correo postal a: PO Box 143245, SLC, UT 84114-3245, o la puede presentar en una de las oficinas de DWS más cercana a su domicilio.
  - Emitiremos la asistencia de acuerdo a la fecha en la que su solicitud fue recibida. Si recibimos su solicitud fuera de nuestras horas de oficina (de lunes a viernes entre 8 de la mañana y las 5 de la tarde), la fecha en que será efectiva es el día de oficina siguiente.
- Asistencia Financiera y Asistencia de Cuidado Infantil:
  - Para presentar una solicitud de Asistencia Financiera **debe** completar las preguntas **1, 4 – 5, 7 - 29, la sección de Asistencia Financiera Y firmar la página 16** para poder considerar su solicitud para Asistencia Financiera completa.
  - Para presentar una solicitud de Asistencia para el Cuidado Infantil **debe** completar las **preguntas 1, 4 - 5, 7 - 9, 11 - 22, 29, la sección de Asistencia para el Cuidado Infantil Y firmar la página 16** para poder considerar su solicitud para Asistencia para el Cuidado Infantil completa.

- Si usted **no** completa todas las preguntas requeridas para la Asistencia Financiera o para el Cuidado Infantil, su solicitud para la Asistencia Financiera y/o para el Cuidado Infantil se considerarán incompletas y no se tomará ninguna acción adicional.

- Si califica para los beneficios de Asistencia Financiera y/o de Cuidado Infantil, estos beneficios se hacen efectivos desde el día en que recibamos la solicitud completa, con la excepción del programa de Asistencia General (G.A.) en el cual los beneficios se hacen efectivos desde el primer día del mes después del mes en que completa su solicitud.

D13320900320237

Información de la SNAP, Financiera y Médica para Inmigrantes:

- Usted puede solicitar y recibir SNAP, Financiera y Asistencia Médica (Medicaid) para todos los miembros de su familia que califiquen, aunque existan en su hogar personas que no reúnen los requisitos debido a su estado de inmigración. Por ejemplo, los padres de familias inmigrantes que no tienen derecho a recibir asistencia pública pueden solicitar SNAP para los hijos que son ciudadanos de los Estados Unidos de América o que tienen un estatus de inmigración aprobado.
- Si alguna persona viviendo en su hogar no solicita y/o no tiene derecho a recibir SNAP debido a su estatus de inmigración, no necesita proveer información sobre su estatus de inmigrante, números de Seguro Social ni cualquier otro documento. Sin embargo, tendrá que contestar las preguntas sobre su nombre, parentesco, ingresos, bienes económicos, etc.
- El participar en el programa de SNAP, Médica y Financiera puede afectará su estado de inmigrante o el de su familia. Toda información sobre inmigración es privada y confidencial.

- Para determinar su eligibilidad para el programa SNAP, favor de completar las preguntas 1, 4 - 5, 8 - 24, 26 - 32, 52 - 72 y firmar la pagina 16.
- Si usted, o algún miembro de su familia, hace uso del programa de Asistencia Médica (Medicaid) no debería afectar su habilidad de solicitar el estado de Residente Permanente en los Estados Unidos de América, a menos que utilice esta asistencia para pagar gastos médicos a largo plazo (una casa de reposo u otra institución médica). El uso de los beneficios de Medicaid no le afectará su habilidad de solicitar su ciudadanía en los Estados Unidos de América a menos que haya cometido fraude para obtener esta asistencia.

Información para la Asistencia Médica Solamente

- ¿A quién necesita incluir en esta solicitud?
  - Para los adultos que necesitan cobertura, incluya, incluso si no están solicitando cobertura, las siguientes personas: cónyuge, hijos / hijastros menores de 21 años y cualquier otra persona que reclame en su declaración de impuestos federales. No necesita presentar una declaración de impuestos para recibir cobertura médica.
  - Para los niños menores de 21 años que necesitan cobertura, incluya, incluso si no están solicitando cobertura, las siguientes personas: cónyuge, padres / padrastros, hermanos que viven con usted y cualquier hijo / hijastro.
- Mercado
  - La información obtenida de esta aplicación también podría usarse para determinar su elegibilidad para un seguro de salud integral a través del mercado, así como también para los Créditos impositivos avanzados de primas (APTC).Un APTC es un crédito fiscal que le puede ayudar a pagar sus primas para la cobertura de salud. Para más información, www.healthcare.gov.
- Bienes Económicos y Gastos (Las preguntas desde la 23 a la 32)
  - Se le requiere que conteste estas preguntas sólo si hay alguien en su grupo familiar que está solicitando asistencia de los siguientes programas: De Edad 65 o más, Ciego o Medicaid de Discapacidad, Medicaid con Desembolso para Calificación Médica (Spenddown), Asilo (Nursing Home), Exención (Waiver), Medicare de Participación en los Costos y/o Asistencia Médica para Refugiados.

Información sobre los Servicios Expresos de SNAP

Los siguientes hogares pueden recibir servicios expresos de SNAP:

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

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

INFORMACIÓN GENERAL Y DEL HOGAR

D13320900320337

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

Nombre y Apellido	Nº de Seguro Social[1]	Fecha de Nacimiento	Ciudadano/ No-ciudadano elegible Si / No	Sexo M / F	Parentesco	Residente de Utah Si / No	Residente de Utah desde[2] (ej.1/30/13)	Raza[3,6]	Etnicidad [4,6]	Estado Civil [5]
					Yo Mismo					

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

[2] La fecha Desde Cuando es Residente en Utah es opcional para todos los programas

[3] Raza (opcional): AI = Indio Americano o Nativo de Alaska (Sólo para los que solicitan la Asistencia Médica, complete el Anexo A para determinar si está exento de participación comunitaria)

AS = Asiático
ASI = Indio Asiático
CH = Chino
FI = Filipino
JA = Japonés
KO = Coreano
VI = Vietnamita
OA = Otro Asiático
BL = Negro o Afroamericano
WH = Blanco
NH = Nativo de Hawái
GC = Guameño o Chamorro
SA = Samoano
OPI = De otras Islas del Pacifico
OT = Otra Raza

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

[5] Estado Civil no se requiere para la SNAP

[6] Para SNAP y Medicaid: No tiene que suministrarnos información racial/étnica. Si no desea darnos esta información, no tendrá efecto alguno sobre su caso.

5. ¿Hay alguien más que vive con ustedes que no está solicitando beneficios? ……. ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", complete la siguiente información:

Nombre	Parentesco	¿Compra y prepara comida con esta persona? (aplicable solo a SNAP (Estampillas de Comida)
		☐ Si ☐ No
		☐ Si ☐ No
		☐ Si ☐ No

D13320900320437

6. Se requiere contestar esta pregunta sólo para la Asistencia Médica:
¿Tiene planes de declarar sus impuestos federales o será usted reclamado en la declaración de impuestos de otra persona el próximo año?.....…..…..…..

8. ¿Entre los solicitantes hay alguno que viva en una institución? …….…. ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", marque la(s) que se aplica(n):

☐ Hospital/Establecimiento Médico ☐ Albergue ☐ Asilo/Clínico Privada

☐ Hogar de Grupos ☐ Centro de Rehabilitación de Drogas

☐Cárcel – Si responde "Si", ¿en libertad condicional para trabajar?.. ☐ Si ☐ No

¿Quién? _____ Fecha de ingreso a la institución: _____

Nombre de la institución: _____

Fecha en que se espera su dada de alta (si es que se sabe): _____

D13320900320537

9. ¿La persona para quién se solicita el beneficio tiene alguna discapacidad (física, mental o emocional que limite sus actividades como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc.)?..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____ Fecha de inicio de la discapacidad: _____

¿Es la discapacidad permanente o temporal? _____

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

Discapacidad / Incapacidad determinada por:

☐ Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)

☐ Consejo de Revisión Médica (State Medical Disability Office)

☐ Junta Directiva de Jubilación de Ferrocarriles (Railroad Retirement Board)

☐ Beneficios para Excombatientes (VA)

☐ Declaración Médica

☐ Programa de Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSA Disability)

☐ Otro: _____

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

¿Es la persona con la discapacidad un(a) niño(a)? ……... ☐ Si ☐ No

10. Esta pregunta no es requerida para asistencia médica o para cuidados infantiles:

¿Hay alguien en su hogar que haya solicitado/recibido SNAP, Asistencia Financiera o Médica en Utah o en cualquier otro estado?…….…….. ☐ Si ☐ No

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

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

Si alguien en el hogar posee un estatus de inmigración elegible y está solicitando beneficios, llene el cuadro de abajo:

Nombre	Número "A" o I-94	Tipo de Documento de Inmigración	Número de Identificación del Documento (si no es el Número A)	¿Ha vivido en los EE.UU. desde 1996?
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No

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

¿Hay alguien listado en la pregunta 11 un excombatiente, en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. o tiene un cónyuge o padre que es combatiente, en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU? ……..…..……..…….. ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____

12. ¿Hay alguien en su hogar asistiendo a la escuela? ……..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", complete todas las columnas:

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

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

Si respondió "Si", ¿quién? _____ Tipo de Beneficios: _____

D13320900320637

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

Si respondió "Si", ¿quién? _____

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

Si respondió "Si", ¿quién? _____

INGRESOS

16. ¿Hay alguien en su hogar que tiene ingresos salariales? ……..…….. ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", complete todas las columnas:

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

Esta pregunta es sólo para la Asistencia de Cuidado Infantil:
Si este empleo comenzó en los últimos 30 días, ¿cuál es la fecha y cantidad que espera recibir en su primer cheque?: _____

17. ¿Hay alguien en su hogar que trabaja por Cuenta Propia o es Contratista? ……..….. ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", complete todas las columnas:

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

¿Existen gastos del empleo por cuenta propia? ..... ☐ Si ☐ No

Esta pregunta sólo se requiere para la Asistencia Médica y de Cuidado Infantil:
¿Cuántos ingresos netos (ganancias una vez que se han hecho los gastos del negocio) recibirá de este empleo por cuenta propia para este mes? $_____

18. ¿Hay alguien en su hogar que espera cambios en ganancias o en el número de horas de empleo? ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____

Explique los cambios: _____

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

Si respondió "Si", complete la siguiente información:

Si usted ha dejado un empleo:

Nombre: _____ ¿Cuándo fue el último día que trabajó? _____

Nombre del Empleador: _____ La razón del término del trabajo: _____

¿Cuál es la fecha del último cheque de pago? _____

Si usted ha reducido sus horas de empleo:

Nombre: _____ Nombre del Empleador: _____

Las horas se redujeron de: _____ a: _____

La razón de la reducción de horas: _____

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

D13320900320737

20. ¿Hay alguien en su hogar que haya cambiado de empleo, dejado un empleo o disminuido las horas de empleo en el último año?..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____

Explique los cambios: _____

21. ¿Alguien en su hogar recibe los siguientes tipos de ingresos educativos?..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", complete todas las columnas:

	Tipo	Nombre del Beneficiario	Cantidad Recibida	Número de Meses Destinado a Cubrir	Fecha en que Empezó
☐	Montgomery GI Bill				
☐	Estipendio – Gastos de Vivienda				
☐	Beneficios Educacionales para Excombatientes				
☐	Ayudantía Pagada (Work Study) que no es del "Title IV"				

¿Hay gastos educacionales? ..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", complete todas las columnas. Algunos ejemplos de gastos educativos son matrícula, libros, cuotas obligatorias, el transporte o el alquiler o la compra de equipos, materiales y suministros.

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

22. ¿Hay alguien en su hogar que recibe algunos de los siguientes ingresos? ……. ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", complete todas las columnas:

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

¿Aparte de los impuestos, hay deducciones retenidas de los ingresos de cualquier persona en la lista? …… ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", complete la información:

Nombre: _____ Tipo de deducción: _____

Cantidad de deducción: $ _____

Nombre: _____ Tipo de deducción: _____

Cantidad de deducción: $ _____

D13320900320837

BIENES*

*Si está solicitando la Asistencia Médica – Se le requiere que conteste solamente estas preguntas si usted o alguien más que está solicitando cobertura es de edad avanzada, ciego, o discapacitado, vive en un asilo (nursing home), está solicitando un programa de exención ("waiver") de Medicaid, o si tiene ingresos mayores a los permitidos para los otros programas de Medicaid. Mientras que es opcional el contestar estas preguntas al comienzo para los programas médicos, el entregar esta información ahora nos ayuda a procesar su solicitud más rápidamente.

23. ¿Alguien en su hogar tiene dinero en efectivo? ..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____ Cantidad: $ _____

24. ¿Alguien en su hogar tiene alguno de los siguientes bienes financieros?..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", anote todas las cuentas que usted o alguien que vive con usted tienen.
Algunos ejemplos de bienes financieros son Cuentas de Cheques, Cuenta de Ahorros, 401K*, IRA* (Cuenta de Pensión por Jubilación), Anualidades, Activos Financieros (Money Market), Acciones (Stocks)/ Bonos (Bonds)/ Fondos Mutuos, etc. ***No se requiere para la SNAP***

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

25. ¿Hay alguien en su hogar que tiene vehículos? …….…….. ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", llene todas las columnas. Algunos ejemplos de vehículos son automóviles, camionetas (trucks), botes o embarcaciones, motocicletas, motonieves (snowmobiles), casas rodantes, vehículo todo terreno (ATV's), etc.

Dueño(s) Registrado(s)	Marca	Modelo	Año	Licenciado	Estado	Cantidad que se Debe	Uso del Vehículo	Fecha de Compra
				☐ Si ☐ No				
				☐ Si ☐ No				
				☐ Si ☐ No				

26. ¿Hay alguien en su hogar que posee algunos de los siguientes bienes? ……. ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", complete todas las columnas:

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

27. ¿Hay alguien en su hogar que posee alguno de los siguientes bienes? .... ☐ Si ☐ No

Marque todos los que se aplican:
☐ Seguro de Vida ☐ Fideicomiso (Trust)
☐ Lotes Fúnebres ☐ Plan Funeral/Fondos Fúnebres

Si respondió "Si", ¿quién? _____

D13320900320937

28. No se requiere contestar esta pregunta para la Asistencia Médica:
¿Hay alguien en su hogar que haya vendido, intercambiado o regalado cualquier bien material En los últimos tres meses? …… ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", explique: _____

GASTOS*

*Si está solicitando la Asistencia Médica – Se le requiere solamente estas preguntas si usted o alguien más que está solicitando cobertura es de edad avanzada, ciego, o discapacitado, vive en un asilo (nursing home), está solicitando un programa de exención ("waiver") de Medicaid, o si tiene ingresos mayores a los permitidos para los otros programas de Medicaid. Mientras que es opcional el contestar estas preguntas al comienzo para los programas médicos, el entregar esta información ahora nos ayuda a procesar su solicitud más rápidamente.

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

Si respondió "Si", complete todas las columnas:

	Tipo	Quien Paga este Gasto	¿Para Quién?	Cantidad de Pago	Frecuencia de Pago	Fecha en que Empezó
☐	Pensión Alimenticia (Alimony)* ¿Ordenada por una Corte?.. ☐ Si ☐ No ** No se requiere para la SNAP*					
☐	Sustento de Menores (Child Support) ¿Ordenado por una corte?.. ☐ Si ☐ No					
☐	Cuidado Infantil					

Estas preguntas abajo dentro de este recuadro no se requieren para la Asistencia Médica
¿Hay alguien más que le ayuda a pagar este gasto (familiar, alguna organización, agencia del estado, etc.)?
…… ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", ¿Quién?: _____ Cantidad Mensual: $
Nombre del proveedor(a) de Cuidado Infantil: _____
Necesito cuidado infantil para: ☐ Aceptar / Continuar Empleo ☐ Buscar Empleo
☐ Asistir a la Escuela ☐ Asistir a Entrenamiento
☐ Otros: _____

30. ¿Hay alguien en su hogar responsable de pagar cualquiera de los siguientes gastos del hogar?.... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", complete todas las columnas:

	Tipo	Cantidad Pagada	Su porción (esto no se requiere para la Asistencia Médica)	¿Quién Paga este Gasto?	¿Esta persona vive en su casa?	Frecuencia de Pago	Fecha en que Empezó
☐	Renta, Renta Subsidiada, Seguro de Renta				☐ Si ☐ No		
☐	Hipoteca, Segunda Hipoteca, Préstamo por Valor de la Casa, Impuestos de Propiedad				☐ Si ☐ No		
☐	Seguro de Casa, Asociación de Propietarios (HOA), Gastos de Condominio				☐ Si ☐ No		
☐	Pago del Terreno para Remolques				☐ Si ☐ No		

Esta pregunta no se requiere para la Asistencia Médica:
¿Hay alguien más que le ayuda a pagar este gasto (familiar, alguna organización, agencia del estado, etc.)?
…… ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", ¿quién? _____ Cantidad Mensual: $

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

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

☐	Gas o Electricidad para calefacción y / o aire acondicionado de mi casa	☐	Teléfono
☐	He recibido asistencia HEAT en los últimos 12 meses	☐	Electricidad, Agua, Alcantarillado, Basura
☐	Estoy sin hogar , pero tengo que pagar algunos gastos mensuales de calefacción / aire acondicionado		

D13320900321037

32. ¿Hay alguien en su hogar que tenga por lo menos 60 años de edad o con discapacidad que tiene gastos médicos? ……..…..……. ☐ Si ☐ No

(Estos gastos deben ser reportados y algunos gastos deben ser verificados por su familia para contar como deducciones)

Si respondió "Si", complete todas las columnas:

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

ASISTENCIA FINANCIERA

33. ¿Hay alguien en su hogar que haya sido descalificado del programa TANF (Programa Financiero) en cualquier estado del país por una violación a los reglamentos del programa? …..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____ Estado: _____

34. ¿Alguien en su grupo familiar ha recibido meses de beneficios de TANF? ….....…… ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____ Estado(s): _____

Nº de Meses: _____

35. ¿Hay algún niño en su hogar recibiendo una educación formal en casa?..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____

¿Han sido aprobados por el Distrito Escolar para enseñar a los niños en casa?..... ☐ Si ☐ No

36. ¿Tiene pagos de renta que son subsidiados por una agencia del gobierno, federal, estatal o local, incluyendo una agencia de servicio social privada? …… ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", por favor marque una de las casillas abajo:

☐ Agencia de Vivienda Pública ☐ Otra Agencia

37. ¿Hay alguien en su hogar que es excombatiente de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América? ……...…… ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____

D13320900321137

38. ¿Tiene niño(s) que vive(n) en el hogar los cuales tengan un pardre o madre que vive fuera del hogar? ……. ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿Está usted dispuesto(a) a cooperar con la Office of Recovery Services (ORS – Agencia a cargo de cobrar y pagar el Sustento de Menores o "Child Support") con respecto a establecer o cobrar los pagos del Sustento de Menores (Child Support) del padre ausente? ……... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", anote el nombre del padre ausente y el/los nombre(s) de el/los niño(s) del padre ausente que está(n) en la hogar.

Nombre del Padre Ausente: _____

Niño(s) del Padre Ausente: _____

Razón por la ausencia:
☐ Adopción de Padre/Madre Soltero/a ☐ Divorcio ☐ Separación ☐ Separación Legal
☐ Fallecimiento ☐ Encarcelación ☐ Otro:_____

Nombre del Padre Ausente: _____

Niño(s) del Padre Ausente: _____

Razón por la ausencia:
☐ Adopción de Padre/Madre Soltero/a ☐ Divorcio ☐ Separación ☐ Separación Legal
☐ Fallecimiento ☐ Encarcelación ☐ Otro: _____

39. ¿Si usted es un familiar especificado, desea que se le incluya en el subsidio financiero con su niño familiar?…….…….....……..…….....……. ☐ Si ☐ No

40. ¿Alguien en su hogar vive actualmente en una institución de tratamiento psiquiátrico o para abuso de sustancias? (i.e. mental o drogas)……..…….....……..…… ☐ Si ☐ No

En caso de "si", diga quién _____ Nombre de la institución: _____

ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL

41. ¿Necesita el cuidado infantil mientras que uno de los padres trabaja? ……. ☐ Si ☐ No

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

Nombre del Padre/Madre: _____ Horas Semanales: _____

Nombre del Padre/Madre: _____ Horas Semanales: _____

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

42. ¿Se necesita el Cuidado Infantil mientras que uno de los padres asiste a clases? ……. ☐ Si ☐ No

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

Nombre del Padre/Madre: _____ Horas Semanales: _____

Nombre del Padre/Madre: _____ Horas Semanales: _____

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

Nombre de Padre/Madre: _____ Nombre de la Escuela: _____

Tipo de Capacitación o Grado: _____

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

Nombre de Padre/Madre: _____ Nombre de la Escuela: _____

Tipo de Capacitación o Grado: _____

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

43. ¿Comparte la custodia con un padre ausente? ……....……. ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuántas horas por semana tiene la custodia física de los niños cuando se necesita cuidado? _____

44. Si hay un padre ausente ¿pagan o son responsables de pagar cualquier parte de los gastos de cuidado infantil? …… ☐ Si ☐ No

45. ¿Ha seleccionado a un proveedor de servicios de cuidado infantil? …... ☐ Si ☐ No
(Si usted no ha seleccionado un proveedor de cuidado infantil, usted puede visitar en Internet *careaboutchildcare.utah.gov* para buscar proveedores licenciados cerca de su domicilio.)

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

D13320900321237

Nombre de Proveedor(a) y Nº de Teléfono	¿Es este proveedor un Pariente, Amigo o Vecino (FFN)*?	Liste su(s) hijo(s) bajo cuidado con este proveedor	Fecha en que los niños comenzaron a ser cuidados por este proveedor
	☐ Si ☐ No		
	☐ Si ☐ No		

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

46. ¿Son sus bienes totales de un valor de más de un millón de dólares? ……...……. ☐ Si ☐ No

47. ¿Es alguna persona solicitando la Asistencia un miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América? …… ☐ Si ☐ No

48. ¿Alguno de los que solicitan asistencia de cuidado infantil es miembro de una unidad de la Guardia Nacional o una unidad de reserva militar? …… ☐ Si ☐ No

49. ¿Se considera en estos momentos vagabundo (sin un hogar)? ……...…… ☐ Si ☐ No
(Algunos ejemplos de sin hogar son: que vive en un motel, hotel, campamento, o que no tiene una dirección fija, ni una residencia adecuada para pasar las noches.)

50. Su hijo tiene una discapacidad? ..... ☐ Si ☐ No
(a) ¿Su hijo tiene una necesidad especializada de cuidado? ..... ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", ¿quién? _____

51. ¿Recibe beneficios de cuidado infantil tribal? ..... ☐ Si ☐ No
Si su respuesta es si, ¿qué tribu o agencia? _____

SNAP

52. ¿Ha sido alguien de su grupo familiar descalificado del Programa de SNAP debido a una violación al reglamento del programa en cualquier estado del país? …… ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", ¿quién? _____ Estado: _____

53. ¿Hay alguien en su hogar que haya sido sancionado por el programa de SNAP debido a la falta de participación en los requisitos de Empleo y Entrenamiento (E&T)?..... ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", ¿quién? _____
¿Esta persona acepta participar?..... ☐ Si ☐ No

54. ¿Sería un problema el obtener cuidado de los niños para participar en los requisitos de Empleo y Entrenamiento? …….. ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", explique: _____

55. ¿Hay alguien en su hogar que haya quedado desempleado en los últimos 6 meses?…… ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", ¿quién? _____

56. ¿Hay alguien en su hogar temporariamente suspendido (laid off) de su empleo actual? ……..……..……..…… ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", explique: _____

57. ¿Hay alguien en su hogar en huelga? ..... ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", ¿quién? _____

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

Si respondió "Si", ¿Se le requiere que complete algunas actividades ordenadas por una corte (ej. tiempo de libertad para trabajar o corte de drogas)? ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____

¿Qué actividades se le requiere que complete? _____

D13320900321337

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

Si respondió "Si", ¿quién? _____ Nombre de Programa: _____

60. ¿Es alguien en su hogar víctima de violencia doméstica? ..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____

61. ¿Hay alguien en su hogar sin poder acceder a cualquier tipo de transporte privado o público? ..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", explique: _____

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

63. ¿Se encuentra sin domicilio o no tiene una dirección fija? ..... ☐ Si ☐ No

64. ¿Hay alguien en su hogar participando en el Programa de SNAP en otro estado? ..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____ Estado: _____

65. ¿Hay alguien en su casa de huésped?..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", explique: _____

66. ¿Hay alguien en su hogar que sea un menor o un adulto bajo su tutela (Foster child, adult)? ..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____

67. ¿Hay alguien en su hogar que es un trabajador agrícola migratorio o de temporada? ..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____

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

- Recibir SNAP duplicada mediante fraude en cualquier estado ..... ☐ Si ☐ No

  Si respondió "Si", ¿quién? _____ Estado: _____
- Comprar o vender beneficios de SNAP por más de $500..... ☐ Si ☐ No

  Si respondió "Si", ¿quién? _____
- Intercambiar SNAP por armas, municiones, o explosivos ..... ☐ Si ☐ No

  Si respondió "Si", ¿quién? _____
- Intercambiar SNAP por drogas ..... ☐ Si ☐ No

  Si respondió "Si", ¿quién? _____

SECCION MEDICA Y SNAP

Solo solicitantes médicos: Los adultos de entre 19-59 años que están solicitando la cobertura médica quizás tengan que participar en actividades de empleo. Éstas pueden incluir registrarse para el trabajo, completar una evaluación de trabajo y los cursos identificados de entrenamiento en línea, y solicitar 48 ofertas de trabajo. (Para más información vea el Anexo E o visite el sitio https://medicaid.utah.gov/community-engagement).
Para poder ayudarnos a decidir si usted o algún otro adulto en su hogar está exento de las actividades de empleo, favor de contestar las preguntas a continuación (Las siguientes personas no deben contestar las preguntas: los discapacitados, ancianos o ciegos, residentes de asilos, solicitantes para un programa de exención de Medicaid, jóvenes anteriormente en crianza temporal, mujeres embarazadas, miembros de una tribu reconocida por el gobierno federal, o los que están trabajando 30 horas o más por semana). Estas preguntas son opcionales, si nos provee esta información nos ayudará a procesar su solicitud más rápido.

69. ¿Hay alguien en su hogar responsable del cuidado de un menor de menos de 6 años? ..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién está cuidando al niño? _____

Nombre del niño: _____

70. ¿Hay alguien en su hogar responsable por el cuidado de una persona discapacitada? ..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____

71. ¿Hay alguien en su hogar participando en un programa de tratamiento de drogas o alcohol? ..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____ Nombre de Programa: _____

72. ¿Hay alguien en su hogar participando en los servicios de empleo para refugiados? ..... ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", ¿quién? _____

SECCION MEDICA

D13320900321437

73. ¿Algún niño para quién se solicita cobertura tiene uno de sus padres viviendo fuera del hogar?..... ☐ Si ☐ No
En caso de afirmativo, ¿quisiera cooperar con la Oficina de Recuperación de Servicios (ORS) para establecer soporte médico por parte del padre o madre ausente(s)?..... ☐ Si ☐ No

74. ¿Hay alguien que está solicitando cobertura que esté inscrito o sea elegible para cobertura COBRA o un seguro de salud continuo a través de un empleador? ..... ☐ Si ☐ No
En caso afirmnativo, complete la pregunta 76 debajo (No liste Medicaid, Medicare, o CHIP)

75. ¿Alguien le ayuda a pagar por COBRA o por su plan de seguros del empleador?..... ☐ Si ☐ No

76. ¿Alguien en su hogar tiene actualmente seguro de salud (Veteranos, Tricare o Cuerpos de Paz), o tiene seguro a su disponibilidad pero no está inscrito, o ha tenido seguro durante los últimos seis meses? …… ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", por favor complete siguiente información.
(No anote *Medicaid, Medicare ni CHIP)* Si marcó no, no necesita completar el Anexo C.

Seguro 1: ☐ Inscrito
☐ No inscrito, pero disponible (Si marcó que su estatus de seguro es "No inscrito, pero disponible" y el seguro es ofrecido a través de su empleo o el empleo de otro, tal como uno de sus padres o esposo/a, llene el adjunto "C")
☐ Cancelado, fecha de cancelación: _____

Nombre(s) de el/los individuo(s) con cobertura: _____
Nombre de la compañía de seguros: _____
Número de Teléfono: _____
Dirección de la compañía de seguros: _____ Nº de Grupo: _____
Nombre del Titular: _____ Nº de Póliza: _____
Fecha de Nacimiento del Titular: _____
Número de Seguro Social del Titular: _____
Si el seguro es mediante un empleador, ponga el nombre y teléfono del empleador: _____
Tipo de cobertura: ☐ Limitada
☐ Comprensiva
¿Es este seguro a través del Mercado?..... ☐ Si ☐ No

Seguro 2: ☐ Inscrito
☐ No Inscrito, pero disponible (Complete el Anexo C)
☐ Cancelado, fecha de cancelación: _____

Nombre(s) de el/los individuo(s) con cobertura: _____
Nombre de la compañía de seguros: _____
Número de Teléfono: _____ Nº de Grupo: _____
Dirección de la compañía de seguros: _____ Nº de Póliza: _____
Nombre del Titular: _____
Fecha de Nacimiento del Titular: _____
Número de Seguro Social del Titular: _____
Si el seguro es mediante un empleador, ponga el nombre y teléfono del empleador:
Tipo de cobertura: ☐ Limitada
☐ Comprensiva
¿Es este seguro a través del Mercado?..... ☐ Si ☐ No

77. ¿Hay alguien en su grupo familiar que está solicitando la cobertura médica que esté actualmente en Medicaid, CHIP o Medicare? …….…….. ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si", marque el tipo de cobertura que tiene y el/los nombre/s de las personas junto al tipo de cobertura que tienen.

☐ Medicaid: _____
☐ CHIP: _____
☐ Medicare: _____

78. ¿Alguna de las personas que están solicitando la cobertura médica ha sufrido una lesión en un accidente o ha sido víctima de un asalto en los últimos 12 meses? ……..…… ☐ Si ☐ No

79. ¿Hay alguien fuera de su casa que debe pagar por los servicios médicos de su grupo familiar? … ☐ Si ☐ No

80. ¿Alguien de entre quienes solicitan cobertura tiene una necesidad médica mayor?…… ☐ Si ☐ No
(Esto incluye embarazo/ cáncer/ enfermedad renal, etc. El contestar esta pregunta lo puede calificar para recibir ayuda extra)

Si respondió "Si", ¿quién? _____

¿Cuál es la condición médica? _____

D13320900321537

81. ¿Hay alguien que le ayude a pagar su hipoteca/renta, alimentos o servicios públicos? …….. ☐ Si ☐ No

82. ¿Es usted el cuidador primario de un niño/a que vive en su hogar y es menor de 19 años de edad?..... ☐ Si ☐ No

83. ¿Alguien de entre quienes solicitan cobertura ha estado el programa de Foster Care durante o después de cumplir 18 años de edad?…… ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Recibían Medicaid en algún momento durante el período de Foster Care en el que cumplieron 18 años o mayor? ..... ☐ Si ☐ No

84. Deducciones: Marque todas las que se apliquen y anote la cantidad, quién paga y con que frecuencia es pagada. Si usted paga ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos para el gobierno federal, el hacernos saber podría hacer que el costo de su cobertura médica sea un poco más bajo. **Nota:** No debería incluir aquellos gastos que usted ya ha considerado en la respuesta a los ingresos netos de su empleo por cuenta propia (la pregunta 17).

☐ Pensión Alimenticia: $ _____ ¿Quién? _____
Frecuencia de pago _____

☐ Intereses por préstamo educacional: $ _____ ¿Quién? _____
Frecuencia de pago _____

☐ Otras deducciones: $ _____ ¿Quién? _____
Frecuencia de pago _____

85. Otros ingresos: Marque todos los que se aplican, apunte la cantidad y cada cuando se recibe.

☐ Ingresos netos de agricultura y pesca: $ _____ ¿Quién? _____
¿Que tan seguido? _____

☐ Ingresos netos de rentas y regalías: $ _____ ¿Quién? _____
¿Que tan seguido? _____

86. Deducciones: Usted tiene deducciones antes de impuestos que saquen de su chueque de pago tales como primas de seguros de salud y contribuciones a su 401K? ..... ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, conteste lo siguiente:

☐ Prima de seguro de salud: $ _____ ¿Quién? _____
¿Frecuencia de pago? _____

☐ Contribución a 401K: $ _____ ¿Quién? _____
¿Frecuencia de pago? _____

☐ Otras deducciones antes de impuestos Tipo: $ _____ ¿Quién? _____
¿Frecuencia de pago? _____

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

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

88. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico? _____

FIRMA

D13320900321637

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

El (los) número (s) de seguro social y toda otra información que usted provea para quienes soliciten beneficios estarán sujetos a verificación por parte de las agencias federales, estatales y locales para determinar si dicha información es objetiva y está correcta. SNAP puede ser denegado al solicitante; y si el solicitante provee información incorrecta con conocimiento, puede exponerse a si mismo al enjuiciamiento penal. La recaudación de esta información se autoriza bajo el Acta de Alimentos y Nutrición del 2008 (Food and Nutrition Act of 2008, antiguamente llamada el Acta de Estampillas de Alimentos [Food Stamp Act]). Al firmar esta solicitud usted da autorización para facilitar información confidencial y llevar a cabo verificaciones por medio de sistemas computacionales, revisiones de programas, y auditorias con el Departamento de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (USCIS, antiguamente llamado INS), coordinación de servicios y otras agencias federales y estatales. La información que se reciba de USCIS puede afectar la elegibilidad de la familia y la cantidad de beneficios. Los números de Seguro Social para todos aquellos que están solicitando beneficios podrían ser compartidos con otras agencias federales y estatales para reexaminación oficial, con oficiales de la ley con el fin de detener a fugitivos de la ley y con agencias de cobro privadas. Esto también incluye investigaciones a cualquier otra organización o con individuos que podrían tener información acerca de la elegibilidad del solicitante y otros miembros de su hogar.

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

- **DWS se asegurará de que su hogar sea elegible para SNAP (estampillas para alimentos) y otros programas de asistencia federal usando la conjugación electrónica. Se llevarán acabo apareos electrónicos, revisiones de programas y auditorías de registros de DWS, del Department of Homeland Security, de la Social Security Administration y del Internal Revenue Service. También incluye consultas a instituciones bancarias y de préstamos y cualquier otra organización o individuo que pueda tener información de elegibilidad sobre usted y otros miembros de su familia. Su solicitud puede ser denegada y usted puede exponerse a si mismo al enjuiciamiento penal si provee información falsa de manera intencional.**
- **Los intercambios de información por computadora se completarán cuando usted complete su solicitud y después de recibir asistencia. Su asistencia de SNAP, financiera, cuidado infantil y beneficios médicos pueden ser reducidos, negados o cancelados debido a la información de estas fuentes. La información provista en su solicitud será verificada usando recursos federales, estatales y locales. Su solicitud para SNAP puede ser negada y / o usted podría estar sujeto a un persecución criminal si proporciona información falsa intencionalmente.**

FIRMA Y (marque una de las casillas) ☐ Solicitante ☐ Representante Autorizado _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento del Representante Autorizado (Para la SNAP Solamente) _____

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

Me gustaría tener un representante autorizado: …….. ☐ Si ☐ No

Nombre(s) de representante autorizado: _____

Número de Teléfono: _____ Dirección: _____

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

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

Si respondió "Si", ¿quién? _____

Representantes Médicos

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

Si respondió "Si", complete el Anexo D

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

D13320900321737

Fecha de comienzo de solicitud (mm/dd/aaaa): _____

Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido y Sufijo: _____

Nombre de la Organización: _____

Número de Identificación (Si se aplica): _____

Registración para Votar:

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

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

Información Sólo para Programas Médicos

Renovación de Cobertura en los Años Futuros

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

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

☐ 5 años (el número máximo de años que se permitan), o por menos años:

☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2 años ☐ 1 año

☐ No usen la información de mis declaraciones de impuestos para recertificar mi cobertura.

D13320900321837

Esta página fue dejada en blanco intencionalmente

ANEXO A

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

(Solamente requerido para la Asistencia Médica)

Nombre de Caso: _____ Nº de Caso: _____

D13320900321937

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

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

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

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

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

	PERSONA 1 AI/AN	PERSONA 2 AI/AN
1. Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Primer Segundo Apellido	Primer Segundo Apellido
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	☐ Si ☐ No **Si respondió "Si"**, nombre de la tribu:_____	☐ Si ☐ No **Si respondió "Si"**, nombre de la tribu:_____
3. ¿Ha esta persona alguna vez recibido servicios del Indian Health Services (Servicios de Salud de los Indios Americanos), de los programas de salud tribales, o de los programas urbanos de servicios a los indios americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?	☐ Si ☐ No **Si respondió "No"**, ¿Es esta persona elegible para recibir servicios del Indian Health Services, de los programas de salud tribales, o de los programas urbanos de servicios a los indios americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas? ☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No **Si respondió "No"**, ¿Es esta persona elegible para recibir servicios del Indian Health Services, de los programas de salud tribales, o de los programas urbanos de servicios a los indios americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas? ☐ Si ☐ No
4. Ciertos dineros no se cuentan para Medicaid o para CHIP (Programa de Seguro de Salud para Niños). Anote todos los ingresos (cantidad y frecuencia de recibo) informados en su solicitud que incluyen dinero de estos recursos: • Pago per cápita de una tribu que vienen de recursos naturales, derechos a uso, o rentas o regalías. • Pagos de recursos naturales, agricultura, cultivos, pesca, rentas o regalías de terrenos designados como terrenos de fideicomisos indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservaciones y antiguas reservaciones) • Dinero de la venta de artículos de significancia cultural.	$ _____ Frecuencia de Recibo _____	$ _____ Frecuencia de Recibo _____

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo solicten llamando al 801-526-9240.
Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a "Relay Utah" marcandao al 711.
Relay Utah en español: 1-888-346-3162.

D13320900322037

Esta página fue dejada en blanco intencionalmente

DWS-ESD 741
10/2013

ANEXO B
INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES QUE NO VIVEN CON USTED
(Sólo para Programas Médicos)

D13320900322137

Nombre de Caso: _____ Nº de Caso: _____

Complete lo siguiente para todos los dependientes listados en sus declaraciones de impuestos, pero que NO viven con usted en su grupo familiar (si tiene múltiples dependientes, por favor haga copias de esta página antes de llenar, llénelas y luego adjúntelas a su solicitud)

1. Nombre: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

2. Parentesco _____ **3.** Fecha de Nacimiento: _____

4. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

5. Número de Seguro Social (opcional): _____

6. ¿Está su dependiente embarazada? ……. …… ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", ¿Cuántos bebés está esperando en este embarazo? _____

7. ¿Tiene su dependiente ingresos salariales?..... ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", complete todas las columnas:

Nombre del Empleador	Dirección y Teléfono del Empleador	Fecha de Contratación	Horas Trabajadas por Semana	Pago por Hora o Salario Mensual (ej.: $900/mes, $8/hora)	Ingreso Adicional (ej.: Propinas, Bonos, Comisiones)	Frecuencia de Pago (ej.: semanal, mensual)

8. En el último año, ¿Su dependiente cambió de empleo, dejó de trabajar o comenzó a trabajar menos horas? .....…… ☐ Si ☐ No

9. ¿Tiene su dependiente algún ingreso por empleo por cuenta propia? ..... ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", complete todas las columnas:

Nombre de la Compañía	Fecha de Comienzo de Actividades	% de Propiedad	Tipo de Negocio (ej.: LLC, S-Corp, 1099, etc.)	Horas Trabajadas por Mes	Ingreso Bruto Mensual	Ingreso neto este mes (ganancias una vez que se han hecho todos los gastos)

¿Hay algunos gastos del empleo por cuenta propia? ..... ☐ Si ☐ No

10. ¿Su dependiente recibe cualquiera de los siguientes ingresos no salariales? ……..….. ☐ Si ☐ No
Si respondió "Si", complete todo lo que se aplica.

Tipo	Cantidad	Frecuencia	Tipo	Cantidad	Frecuencia
☐ Desempleo	$		☐ Pensión Alimenticia (Alimony) recibida	$	
☐ Pensiones	$		☐ Otro Tipo de Ingreso	$	
☐ Seguro Social	$		☐ Ninguno		
☐ Cuentas de Jubilación	$				

D13320900322237

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

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

- ☐ Pensión Alimenticia (Alimony) pagada $_____ Frecuencia _____
- ☐ Intereses de Préstamo Educacional $_____ Frecuencia _____
- ☐ Otras deducciones $_____ Frecuencia _____

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

- ☐ Ingreso Neto de Agricultura o de Pesca $_____ Frecuencia _____
- ☐ Ingreso Neto de Renta o Regalías $_____ Frecuencia _____

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

Ingreso total de ESTE año $_____ Ingreso total del PRÓXIMO Año: $_____

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo solicten llamando al 801-526-9240.
Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a “Relay Utah” marcandao al 711.
Relay Utah en español: 1-888-346-3162.

ANEXO C
EMPLOYER'S HEALTH INSURANCE INFORMATION

D13320900322337

Case Name: _____ Case #: _____

Necesitará el representante o departamento de Recursos Humanos de su empleador que administra los beneficios de los empleados para cada miembro del hogar empleado para completar este formulario. Si marcó no a la pregunta 77, no necesita completar este archivo adjunto. Puede copiar este formulario. En algunas situaciones, necesitaremos la información de este formulario para ayudar a determinar su elegibilidad para ciertos programas médicos. Si el formulario no está completo, puede retrasar el proceso. Si tiene preguntas sobre este formulario o programas médicos, llame al 801-526-0950 o al 866-435-7414.

A. Employee Information

Employee Name: _____ Employee SSN: _____
First M.I. Last

B. Employer Information

Employer Name: _____

EIN: _____ Phone #: _____

Address: _____
Street Apt.# City State Zip

Enter the information for the person or department who manages employee benefits and can provide information about benefits and coverage under the employer's health insurance plan. We may need to contact this person if more information is needed.

Contact Name: _____

Phone #: _____ Email address: _____

1. Does your company offer health insurance? If no, skip to section E. Sign and return the form..... ☐ Yes ☐ No
2. Is the employee or any family member enrolled in any insurance plan offered? ..... ☐ Yes ☐ No
   If yes, name(s) of persons enrolled: _____
   When did the coverage begin? (mm/dd/yyyy) _____
3. Has the employee had an opportunity to enroll in health coverage offered by this employer?..... ☐ Yes ☐ No
   If yes, when was the more recent open enrollment period for this employee? (mm/dd/yyyy) _____
4. Is this employee eligible to enroll? ..... ☐ Yes ☐ No
   If yes, when? (mm/dd/yyyy) _____
5. Is this health insurance a state employee benefit plan?..... ☐ Yes ☐ No
6. Has this employee or any family member dropped or reduced coverage in the last 90 days? ..... ☐ Yes ☐ No
   If yes, name(s): _____
   If yes, when did coverage end/change? (mm/dd/yyyy): _____

C. Employer's Least Expensive Plan

Complete the chart below for the employer's least expensive plan. Do not include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

Monthly Premium		
	Employee's Portion	**Company's Portion**
Employee	$	$
Employee + spouse	$	
Employee + child	$	
Family	$	

Yearly Health Plan Deductible	
Individual amount	$
Family amount	$

D. Employee's Health Plan Choice

D13320900322437

Questions below refer to the plan that the employee has selected or are enrolled in.
Questions 3 - 6 refer to "in-network" benefits.

1. Insurance company and plan name: _____
2. Policy and group number, if known: _____
3. Is the lifetime maximum benefit $1,000,000 or more? ..... ☐ Yes ☐ No
4. Does the plan pay at least 70% of an inpatient stay (after the deductible)? ☐ Yes ☐ No
5. What benefits are covered under this plan? (Check all that apply)
   ☐ Physician visits ☐ Hospital inpatient services ☐ Pharmacy/Rx ☐ Well Child Exams ☐ Child Immunizations
6. Does the plan cover abortion services? ..... ☐ Yes ☐ No
   If yes, check one:
   ☐ Only in the case where the life of the mother would be endangered if the fetus were carried to term or in the case of incest or rape. (Federal definition)
   ☐ Only in the case where the life of the mother would be endangered if the fetus were carried to term or in the case of incest or rape or the mother's health would be irreversibly endangered. (State definition)
   ☐ Other, please describe: _____
7. Does the employer offer dental coverage that the employee or their dependents are enrolled in or plan to enroll in?
   enroll in? ..... ☐ Yes ☐ No
   If yes, who? _____
   What date will/did coverage begin? (mm/dd/yyyy) _____

Complete this chart for the plan the employee has/will enroll in. **Do not** include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

Monthly Premium		
	Employee's Portion	**Company's Portion**
Employee	$	$
Employee + spouse	$	
Employee + child	$	
Family	$	

Yearly Health Plan Deductible	
Individual amount	$
Family amount	$

E. Signature

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

Signature: _____ Date: _____
Name (please print): _____
Title: _____ Phone: _____

Please return completed form to:

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

Equal Opportunity Employer/Program
Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities by calling 801-526-9240. Individuals who are deaf, hard of hearing, or have speech impairments may call Relay Utah by dialing 711. Spanish Relay Utah: 1-888-346-3162.

DWS-ESD 114AR-SP
Rev. 04/2019

ANEXO D
AUTORIZACIÓN DE REVELAR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

D13320900322537

_____ _____ _____
Nombre del Cliente Nº de Caso Fecha de Nacimiento

Yo _____entrego a:
(Cliente o Representante Autorizado)
_____ la autoridad para:
(Nombre de persona u organización)

(marque sólo una casilla)

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

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

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

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

_____
Dirección y Número de Teléfono del Representante Autorizado

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

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

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

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

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

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

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

_____ _____
Firma del Cliente, Custodio o Representante Autorizado Fecha

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

_____

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria
Disponemos de ayudas auxiliares y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo solicten llamando al 801-526-9240.
Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a “Relay Utah” marcandao al 711.
Relay Utah en español: 1-888-346-3162.

D13320900322637

Esta página fue dejada en blanco intencionalmente

Información Importante de la Solicitud y Programa

(Guarde esta información para sus registros)

D13320900322737

Información General

Cómo se Procesa la Solicitud

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

Cómo Administrar su Solicitud

Usted puede administrar la información en su solicitud usando *my*Case en el Internet en *jobs.utah.gov.*

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

Puede enviarnos sus verificaciones de elegibilidad:

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

Puedes contactarse con nosotros por teléfono, llame al número gratis 866-435-7414 o 801-526-0950

Entrevistas

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

Papeleo y Verificaciones

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

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

Si Usted es Aprobado

- Usted recibirá sus beneficios de Asistencia Financiera y/o Alimenticia, mediante su tarjeta Utah Horizon.
- Se le enviarán las tarjetas médicas luego de ser aprobadas inicialmente, cuando las solicite y cada 36 meses.
- Los beneficios de Cuidado Infantil se pagan directamente a los proveedores que usted haya seleccionado.

Instrucciones Básicas para la tarjeta Utah Horizon.

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

- Guarde su tarjeta Utah Horizon aún si su caso se cierra. Esto le ahorrará tiempo si solicita beneficios de nuevo en el futuro.
- Si usted se encuentra sin un domicilio o no tiene dirección postal, se le enviará su tarjeta a la oficina de correo más cercana a una dirección genérica (General Delivery).
- Mantenga su PIN secreto y no lo apunte en la tarjeta o en el sobre en el cual viene.
    - Si usted le da su tarjeta y PIN a cualquier persona, usted sigue siendo responsable por cualquier retiro de dinero o beneficios que se hagan en esta tarjeta.
    - Si usted extravía la tarjeta o si se la roban, necesita reportarla inmediatamente.
- El comerciante debe proporcionarle un recibo que incluya el nombre del comercio, la ubicación, el tipo de transacción, el monto de la transacción y el saldo restante de SNAP.
- No hay un monto mínimo en dólares por transacción o un límite máximo en el número de transacciones. Además, no se impondrán tarifas de transacción en compras de SNAP.
- Si no accede a su cuenta durante un año, sus beneficios se eliminarán de la tarjeta.
- Puede ver dos meses de su historial de transacciones. Puede acceder a esto a través de su cuenta myCase en https://jobs.utah.gov/mycase.
- Los saldos de las cuentas EBT se pueden ajustar cuando hay un error del sistema al procesar una transacción. Recibirá un aviso sobre el ajuste. Puede presentar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con el ajuste.

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

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

Si califica para los Servicios Expresos de SNAP y no ha recibido su tarjeta dentro de 5 días de su solicitud, póngase en contacto con el centro de empleos de DWS más cercano a su domicilio. Para todos los demás casos en que no recibió su tarjeta, o si no la recibió debido a un cambio de dirección, llame al 801-526-0950 o al 866-435-7414.

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

D13320900322837

Programa de SNAP

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

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

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

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

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

Las familias **PUEDEN** usar la SNAP para comprar:

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

Las familias **NO PUEDEN** usar la SNAP para comprar:

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

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

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

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

Formas de verificación aceptables

Dato a ser verificado	*Formas de verificación aceptables*
Identidad	Licencia de conducir, Pasaporte, Tarjetas de Identificación emitidas por el estado, Certificados de Nacimiento
Residencia	Contrato de Arrendamiento o Hipoteca, Facturas de Servicios Públicos, Declaración del Propietario del Inmueble, Familiares o Amigos
Números de Seguro Social	Tarjetas de Seguro Social
Prueba de que quienes no son ciudadanos en su familia y que están solicitando beneficios, son elegibles	Tarjetas de Seguro Social, Pasaportes

Puede que necesitemos prueba de su estatus legal, si:	*Tipo de información*	*¿Qué tipo de material puede presentarnos?*
Es una persona de cuerpo capaz menor a 50 años y sin dependientes	Prueba de que usted está trabajando o en capacitación por lo menos 20 horas por semana	Talones de pago, declaraciones de su empleador, formularios de inscripción en cursos de capacitación

D13320900322937

Programas Financieros

Información Financiera

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

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

Participación para Programas Financieros

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

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

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

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

Como Usar sus Beneficios Financieros

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

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

La Compra de Artículos

Usted puede usar su tarjeta para comprar cosas que necesita en las tiendas que aceptan tarjetas EBT. Usted también puede retirar sus beneficios en dinero efectivo en la mayoría de los cajeros automáticos ATM y máquinas junto a cajas de las tiendas.

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

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

Asistencia Financiera – Familias con Niños

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

- Se requiere que los niños entre los 6 y 18 años de edad asistan a la escuela por tiempo completo.
- Los niños entre los 16 y 18 años de edad que no estén asistiendo a la escuela deben participar con un asesor de empleos.

Los Programas para Familias y el Sustento de Menores

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

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

Asistencia Financiera – Sin Hijos

Programa de Asistencia General (GA)

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

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

D13320900323037

Asistencia en Efectivo para Refugiados

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

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

Programas de Cuidado Infantil

Información del Cuidado Infantil

La Asistencia de Cuidado Infantil es un programa de subsidio que ayuda a los padres a pagar a un proveedor aprobado por el cuidado de los niños mientras que el padre o madre trabaja o asiste a la escuela. DWS tiene una cantidad máxima de subvención que se puede cubrir por mes.

- Usted deberá pagar los copagos basados en el tamaño de su grupo familiar e ingresos. DWS determina la cantidad del subsidio para el cual usted califica y la cantidad de su copago.
- Debido a que los proveedores pueden cobrar más de la cantidad de la subvención, es posible que usted tenga gastos adicionales de su propio bolsillo para su proveedor sobre la cantidad del copago. Usted es responsable de pagar a su proveedor la diferencia entre lo que ellos le cobran a usted y lo que DWS paga.
    - Por ejemplo:
        - Su proveedor cobra $530 por mes por sus servicios.
        - DWS determina que usted califica por $510 menos un copago de $77. La cantidad de subvención que DWS paga a su proveedor es: $433. ($510 - $77 = $433)
        - Usted hace su copago de $77 más $20 adicionales que cobra el proveedor. ($530 - $433 = $97)
        - El costo total que usted le debe al proveedor es $97.
- Los grupos familiares que ganan menos del límite federal de pobreza no tienen que cumplir con los requisitos de copagos. Sin embargo, estas familias todavía podrían tener gastos de sus propios bolsillos que son responsables de pagar a su proveedor.
- Si usted va a usar más de un proveedor, no hay ninguna garantía que más de un proveedor reciba una pago.
- Una vez que es aprobado(a) para el Cuidado Infantil, los pagos se harán disponibles al comienzo de cada mes.

Elegibilidad para la Asistencia de Cuidado Infantil

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

- Los padres que trabajan deben ganar al menos el salario mínimo por las horas que trabajen.
- Un padre/madre soltero(a) debe trabajar un promedio de 15 horas por semana.
- En una familia con ambos padres: uno de los padres tiene que trabajar un promedio de 15 horas por semana, y el otro padre tiene que trabajar un promedio de 30 horas por semana.
- El Cuidado Infantil también puede ser aprobado para el entrenamiento si el/los padre(s) cumple(n) con los requisitos mínimos de trabajo y puede(n) completar el entrenamiento dentro de 24 meses. Los estudios de postgrado, o la obtención de un segundo grado universitario no se cubren.
- Los padres que tienen empleos por cuenta propia deben haber estado empleados por cuenta propia por lo menos por tres meses de anterioridad. Los gastos se pueden descontar del ingreso bruto. El ingreso neto debe ser igual al sueldo mínimo por el número de horas que se trabajan cada mes.
- Su proveedor de cuidado infantil tiene acceso limitado a su información de pago a través del Portal de Proveedores de DWS. DWS puede compartir información general con su proveedor de cuidado infantil que sea necesaria para aprobar su servicio de cuidado infantil, incluyendo el estado de su caso, fechas relevantes y montos de subsidio o copago. La información específica no se compartirá a menos que usted lo autorice.
- Los beneficios de cuidado infantil se emitirán en el mismo nivel de beneficio para el período de certificación de 12 meses, siempre que haya necesidad de cuidado. Esto incluye fluctuaciones en el empleo y/o horas de capacitación.
    - Los clientes que están experimentando una pérdida permanente o temporal de empleo, tal como permiso de maternidad, otro tipo de permiso médico o interrupciones de empleo estacionales, tal como maestros, pueden ser elegibles para el cuidado infantil continuo.

Cómo Seleccionar un Proveedor de Cuidado Infantil

Tiene derecho a seleccionar el tipo de proveedor de cuidado infantil que mejor se adapte a las necesidades de su familia. El proveedor que elija debe cumplir con ciertos requisitos de salud y seguridad para ser elegible.

- *Careaboutchildcare.utah.gov* provee información a los padres que le permite identificar un entorno de cuidado infantil de calidad y mantiene una base de datos de proveedores de cuidado de niños que le permite buscar un proveedor cerca de su localidad. Un breve video titulado “Assisting Parents to Find High-quality Child Care” (Asistiendo a los Padres a encontrar Cuidados Infantiles de Alta Calidad) está disponible en *jobs.utah.gov/occ/about/index,html*
- Para obtener más información sobre el proveedor que ha elegido, incluyendo sus indicadores de calidad comprobada por investigación, busque a su proveedor en *careaboutchildcare.utah.gov*. Verá un enlace a su registro de Licencias de Cuidado Infantil del Departamento de Salud y encontrará información sobre sus requisitos de salud y seguridad, incluyendo los requisitos reglamentarios. Su registro de licencia mostrará la fecha en que el proveedor fue inspeccionado por última vez y cualquier historial de violaciones de estos requisitos.

- Puede llamar al número gratuito del Registro de Desarrollo Profesional de Utah al 855-531-2468 si necesita ayuda para encontrar un proveedor aprobado o si tiene preguntas sobre el proveedor que ha seleccionado.
- Para formular una queja sobre un proveedor, puede enviar un formulario de quejas en línea a *childcarelicensing.utah.gov* o llamar a Child Care Licensing al 801- 273-2895.
- Solamente infórmenos de su selección de proveedor de cuidado infantil una vez que se haya reunido con el proveedor, y que haya negociado una fecha de comienzo y cuánto le van a cobrar. Podría haber un retraso en el procesamiento de su solicitud, si no ha hecho una selección al momento de hacer su solicitud para Cuidado Infantil.
- Si usted no ha seleccionado un proveedor de Cuidado Infantil, usted puede reportar estos cambios en *jobs.utah.gov/mycase* o al ponerse en contacto por teléfono con el Centro de Servicios de Elegibilidad al número gratis al 866-435-7414.

D13320900323137

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

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

Pagos a los Proveedores

Los pagos se hacen directamente al proveedor que usted haya seleccionado cada mes. Su proveedor recibirá los pagos de Cuidado Infantil ya sea por depósito directo a la institución bancaria que ellos escojan o mediante cheque. Su proveedor tiene que ponerse en contacto con la Oficina de Cuidado Infantil por email a: *occ@utah.gov* para establecer una cuenta en el Portal para Proveedores de DWS para hacer depósito directo.

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

Muchos proveedores requieren un aviso previo de dos semanas antes de cambiar de proveedor. Es importante notificar adecuadamente a su proveedor y notificar a DWS tan pronto como tome esta decisión para que el pago pueda actualizarse para el mes siguiente. Esto ayudará a evitar que sobrepagos al proveedor y que estos tengan que devolverlos a DWS y le evitará a usted el pago de las tarifas innecesarias a su proveedor.

Evaluaciones de Desarrollo

La detección temprana de retrasos en el desarrollo es importante para el bienestar de su hijo. Las evaluaciones del desarrollo en niños pequeños pueden identificar retrasos potenciales en el desarrollo de un niño e identificar recursos que le podemos ofrecer como soporte adicional. Si desea obtener más información sobre el desarrollo típico de niños de la edad de su hijo, o si le preocupa el desarrollo de su hijo, visite http://helpmegrowutah.org. Tenemos a su disposición información sobre evaluaciones del desarrollo bien sea en línea, o por teléfono, a través de un miembro del personal de “Help Me Grow”. Si es aprobado para asistencia de cuidado infantil, DWS compartirá el nombre de su caso, los nombres de sus niños entre 0 y 36 meses, dirección postal, número de teléfono y correo electrónico (si nos lo provee) con “Help Me Grow”. Esta agencia contactará a los padres para suministrarles información sobre recursos sobre el desarrollo infantil y ofrecer pruebas de desarrollo gratuitas para los niños de su hogar que tengan entre 0-36 meses.

Otra Información

Pases Descontados para Autobuses de UTA

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

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

Sitios Utiles para Otros Servicios

General

- Jobs.utah.gov: *http://jobs.utah.gov*
- 2-1-1 Información y Referencia: *www.uw.org/211*
- Centros de Empleos Locales: *https://jobs.utah.gov/jsp/officesearch/#/map*
- Seguro de Desempleo: *https://jobs.utah.gov/ui/home/*
- Registración para Votar: *https://secure.utah.gov/voterreg/index.html*
- Reglamentos de SNAP, Financiera y de Cuidado Infantil: h*ttp://jobs.utah.gov/infosource/eligibilitymanual/eligibility_manual.htm*

D13320900323237

SNAP

- Folleto de SNAP(#313): *https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/snap/SNAP_313-sp.pdf*
- WIC: *https://wic.utah.gov/*
- Educación de Nutrición: *http://extension.usu.edu/foodsense/*

Asistencia Financiera

- ORS/Sustento de Menores (Child Support): *www.ors.utah.gov*
- Asistencia para Adopción: *https://jobs.utah.gov/customereducation/services/financialhelp/family/adoption.html*

Cuidado Infantil

- Para obtener más información: *jobs.utah.gov/occ/index.html*
- Busque cuidado infantil de calidad: *http://careaboutchildcare.utah.gov*

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

SUS DERECHOS

- Tiene derecho a un intérprete. Tiene a su disponibilidad servicios de asistencia de idioma gratuitos. Por favor llame al 801-526-0950 o lea debajo:
  - **Chinese:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 801-526-0950。
  - **Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 801-526-0950.
  - **Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 801-526-0950 번으로 전화해 주십시오
  - **Navajo:** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih 801-526-0950.
  - **Nepali:** ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 801-526-0950 ।
  - **Tongan:** FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai 801-526-0950.
  - **Serbo-Croatian:** OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 801-526-0950.
  - **Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 801-526-0950.
  - **German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 801-526-0950.
  - **Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 801-526-0950.
  - **Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 801-526-0950។
  - **French:** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 801-526-0950.
  - **Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。801-526-0950。
  - **Arabic**
    لحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 801-526-0950 .

- Usted tiene el derecho a ser tratado con cortesía, dignidad y respeto.
- Las persona que son sordos o que tienen dificultad auditiva, o tienen discapacidad en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA, DWS o DOH mediante el Sistema Federal de Relé al 800-877-8339; o al 800-845-6136 (español).
- Para conseguir cualquier otra información con respecto a problemas con el Programa de Asistencia con Nutrición Adicional (SNAP), las personas se pueden poner en contacto con el Número de Asistencia para el USDA SNAP al 800-221-5689, el cual también se encuentra en español o al llamar al 866-526-3663 o al 800-371-7897; se encuentra en Internet en *http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm*.
- USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.

- De acuerdo con la Ley Federal el Reglamento del Departamento de Salud y el Departamento de Servicios Humanos (DHHS) de los Estados Unidos de América, esta institución tiene prohibido el discriminar en base a raza, color de piel, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad sexual, o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, visite en Internet el sitio: *www.hhs.gov/ocr/office/file* o póngase en contacto con DHHS Office for Civil Rights at 999 18th Street, South Terrace, Suite 417, Denver, Colorado, 80202 o al 303-844-2024, 303-844-3439 (TDD).
- El Título VI del Acto de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar información racial y étnica, pero usted no tiene la obligación de proveer dicha información. Si usted decide no proporcionar esta información, esto no afectará su caso. Si usted no nos proporciona esta información, el trabajador contestará la pregunta de no declardo. Esta información se pregunta para asegurarse que los beneficios de estos programas se emitan sin consideración a raza, color de piel, u origen nacional.

D13320900323337

- Usted tiene el derecho de solicitar y re-solicitar asistencia pública cuando quiera para los programas que ofrece el Department of Workforce Services (DWS). Las solicitudes para recibir CHIP y el programa de UPP sólo serán aceptadas durante los periodos de inscripción abierta.
- Usted tiene el derecho de saber si su solicitud fue aprobada o denegada, y también la razón por la decisión.
  - Para la SNAP - su asistencia debe ser otorgada a todas las personas que califiquen en su hogar dentro de los primeros 30 días de haber entregado su solicitud.
  - Para la Asistencia Médica, Asistencia Financiera y del Cuidado Infantil, la decisión se tomará dentro de 30 días. Si su petición para la Asistencia Médica, es por Discapacidad o Minusvalía, puede tomar hasta 90 días.
  - Para UPP/CHIP, se tomará una decisión dentro de 30 días.
  - Su solicitud se considerará para todos los programas seleccionados. Es posible que reciba notificaciones de aprobación o negación por separado, dependiendo de las reglas de cada programa individual en su solicitud.
- Usted tiene el derecho de saber si su asistencia es reducida o cancelada. En el caso de SNAP, existe una excepción importante a esta norma. Si solicita Asistencia Financiera y Alimenticia, no recibirá un aviso con anticipación si se baja su cantidad de SNAP si está aprobado para Asistencia Financiera.
- Si recibió pagos bajo un plan de seguro de asociación de cuidado a largo plazo, algunos activos pueden no contar para decidir su elegibilidad. En este caso, el Estado no recuperará los costos médicos de esos bienes después de su muerte.
- Si está en una institución y solicita SNAP y SSI al mismo tiempo, la fecha de presentación de su solicitud será la fecha cuando usted salga de la institución.
- Usted tiene las siguientes opciones si no está de acuerdo con las decisiones tomadas en su caso:
  - Hablar con su trabajador para asegurarse que no existen malentendidos entre ustedes.
  - Hablar con el supervisor de su trabajador.
  - Comunicarse con la sección Atención al Cliente de DWS al 801-526-4390 o 800-331-4341.
  - Solicitar por escrito u oralmente una Audiencia dirigida por un oficial imparcial. Para la asistencia Médica tiene que solicitar una audiencia imparcial por escrito. En su Audiencia Imparcial usted puede escoger ser representado por un abogado, familiar, amigo u otro portavoz.
  - Servicios gratuitos de asesoría legal están disponibles por Utah Legal Services al 801-328-8891, o gratuito al 800-662-2538. Puede obtener referencias para servicios de asesoría legal de Salt Lake Lawyer Referral, al 801-531-9075.
- Usted tiene el derecho de conservar su privacidad en su hogar. DWS no puede entrar a su hogar sin su consentimiento, o hacer uso de fuerza para entrar a su hogar. DWS no puede visitarle en su hogar después de horas de trabajo sin antes programar una cita. Nuestro horario de trabajo es de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.
- Si usted recibió pagos bajo un plan de seguro de consorcio para cuidado de largo plazo, es posible que algunos bienes materiales no se cuenten para decidir su elegibilidad. En este caso, el Estado no recupera los costos médicos de esos bienes después de su defunción.
- El Department of Workforce Services, o alguien por su parte, tal vez se comunique con usted para preguntarle de la eficacia de los servicios recibidos.
- Usted tiene el derecho de acceso a la información en el archivo de su caso.
- Usted tiene el derecho de recibir información sobre cómo inscribirse para votar, y si lo requiere, puede solicitar ayuda para llenar los formularios para el registro de elector.
- La información que proporciona en su solicitud tal vez sea compartida con oficiales de la ley, con el fin de detener a fugitivos de la ley.
- Cuando sus ingresos hayan aumentado lo suficiente para no necesitar asistencia financiera, usted puede continuar recibiendo asistencia médica, SNAP, y el cuidado infantil si usted cumple ciertos requisitos. Pida más información de su asesor de empleos.
- De acuerdo con las leyes de Derechos Civiles Federales y los Reglamentos y Políticas de Derechos Civiles del U.S. Department of Agriculture (Dept. de Agricultura de los Estados Unidos de América - USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas, y empleados, e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido la discriminación basada en raza, color de piel, procedencia nacional, sexo, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas, o las represalias o venganza debido a actividad anterior por los derechos humanos en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA.

D13320900323437

- Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener la información de los programas (ej. Braille, letras de impresión grande, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deberían ponerse en contacto con la Agencia (Estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas o con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden contactarse el USDA mediante el Servicio de Relé Federal al 800-877-8339. Además la información de los programas se puede hacer disponible en otros idiomas aparte de inglés.
- Para presentar una queja con un programa por discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación en Programa de USDA, (AD-3027) que se encuentra en Internet en: https://www.ascr.usda.gov/sites/default/files/Complain_combined_6_8_12_508_0.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y presente en la carta toda la información que se pide en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Presente el formulario completo o carta a USDA por:

  o Correo a: U.S. Department of Agriculture
  Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
  1400 Independence Avenue, SW
  Washington, D.C. 20250-9410

  o Por Fax al: (202) 690-7442; o
  o Por Email a: program.intake@usda.gov.

- Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

SUS RESPONSABILIDADES

- En Utah los que reciben servicios médicos (Medicaid, CHIP, UPP) son inscritos en forma automática en el Utah Clinical Health Information Exchange (cHIE o Sistema de Intercambio deInformación de Salud Clínica de Utah). Para conseguir más información o para cambiar a no participar más en cHIE, visite *www.mychie.org* o contacte a su proveedor de cuidado de salud.
- Usted debe informarnos de todos los cambios que afecten su elegibilidad para programas de asistencia pública. Una vez que su solicitud sea aprobada, su trabajador le proporcionará información específica sobre los cambios que debe informarnos.
- Con ciertas excepciones, usted necesita proporcionar el número de Seguro Social de todas las personas en su hogar que solicitan asistencia pública, excepto para el programa de asistencia para el Cuidado Infantil, CHIP y asistencia de emergencia de Medicaid. Si usted no tiene un número de Seguro Social, necesita proporcionar un comprobante que verifica que está en el proceso de solicitarlo. Usted puede recibir asistencia pública mientras espera su nuevo Número de Seguro Social.
- Usted debe cooperar con cualquier revisión de su caso dirigida por la unidad de Control de Calidad y/o DWS.
- Usted necesita proporcionar la información necesaria para comprobar que tiene derecho a recibir asistencia pública. Si no comprende los requisitos, o no puede proporcionar lo necesario, por favor comuníquese con su trabajador(a) social.
- Usted debe informarnos si es un prófugo de la ley tratando de evitar acción judicial, el ser detenido o ir a la cárcel por un delito grave o por infringir las condiciones de su periodo de prueba o libertad condicional.
- Participación en Actividades de Empleo y Entrenamiento de la SNAP. Una vez que ha sido aprobado, se le podría requerir que participe en algunas actividades de empleo y entrenamiento para así poder continuar recibiendo los beneficios de SNAP. Se le podría requerir que:
  - Se registre para buscar empleo
  - Complete los talleres que se requieran
  - Complete actividades de búsqueda de empleo
- Si se le requiere que participe en actividades adicionales, usted recibirá una notificación
- Si usted no cumple con su participación en las Actividades de Empleo y Entrenamiento, usted quedará descalificado de obtener la SNAP por un mínimo de un mes por la primera vez que ocurra, tres meses por la segunda y seis meses por las veces subsiguientes. Primero debe cumplir con su período de sanción (uno, tres o seis meses) a menos que cumpla con una exención o tiene una causa justificable (“good cause”). Una vez que cumpla con el período de sanción, podría calificar para la SNAP de nuevo si usted está de acuerdo en participar en las actividades de Empleo y Entrenamiento o si usted queda exento de participar.
- Usted queda exento de participar si cumple con cualquiera de las siguientes razones:
  - Tiene 60 años de edad o mayor
  - Tiene menos de 16 años de edad

- Tiene 16 o 17 años de edad y está asistiendo a la escuela por lo menos de mitad de horario
- Tiene 16 o 17 años de edad y está registrado en la escuela
- Tiene 16 o 17 años de edad y no es nominado como jefe de hogar
- Si no está apto física o mentalmente para el empleo
- Está recibiendo Asistencia Financiera para familias con niños
- Está recibiendo un pago financiero por adelantado (“diversion” en inglés)
- Es responsable por el cuidado de un dependiente de menos de 6 años de edad
- Es responsable por el cuidado de una persona discapacitada
- Está recibiendo Seguro de Desempleo o está solicitando/esperando una decisión
- Está participando en forma regular en un programa de tratamiento de drogas y alcohol
- Está trabajando por lo menos por 30 horas por semana O ganando por lo menos el equivalente de 30 horas por semana multiplicado por el Salario Mínimo Federal
- Es un estudiante registrado por lo menos por la mitad del horario y cumple con los requisitos de elegibilidad para estudiantes
- Está participando en servicios de empleo para refugiados

D13320900323537

- Se le podría descalificar de recibir beneficios de SNAP si usted hace alguno de los siguientes dentro de 30 días de su solicitud o mientras está recibiendo beneficios de SNAP:
  - Voluntariamente renuncia a su empleo donde trabajaba 30 horas a la semana o más mientras que ganaba el salario mínimo
  - Voluntariamente reduce las horas de empleo
- El período de sanción es de un mes por la primera vez, tres meses por la segunda vez, y seis meses por todas las veces subsiguientes. Usted debe completar el período de sanción (uno, tres o seis meses)a menos que cumpla con una exención o tenga una causa justificable (“good cause”).
- Adultos Físicamente Aptos y Sin Dependientes (ABAWD es la sigla en inglés): Adultos Físicamente Aptos son aquellos que están saludables, que no han sido diagnosticados por un doctor como discapacitado y que no tienen niños dependientes viviendo en el hogar. El programa de SNAP permite que los adultos físicamente aptos para el empleo y sin dependientes que reciban beneficios de SNAP por 3 meses en un período de 36 meses sin tener que participar en actividades de empleo y entrenamiento para los físicamente aptos. Después de los tres meses iniciales, un adulto físicamente apto debe cumplir con una de las siguientes razones para continuar calificando para la SNAP:
  - Estar trabajando por lo menos 20 horas a la semana
  - Estar asistiendo a un tipo de entrenamiento o escuela por lo menos por lo menos por un horario parcial
- Si usted recibe asistencia médica, tiene que informar a DWS si cuenta con seguro médico. Es posible que se le requiera inscribirse en un plan de salud médico.
- Los adultos de entre 19-59 años quizás tengan que participar en actividades de Participación Comunitaria. Éstas pueden incluir registrarse para el trabajo, completar una evaluación de trabajo y los cursos identificados de entrenamiento en línea, y solicitar 48 ofertas de trabajo. Estas actividades se deben completar dentro de un periodo de 3 meses. Se le notificará si debe participar. Los individuos que tengan una de las siguientes razones serán exentos del requisito de participación. Si el Departamento puede determinar una exención con la información ya obtenida, no se le pedirá ninguna otra verificación.
  - Edad 60 años para arriba
  - Embarazada o ha dado a luz en los 60 días anteriores
  - Determinado incapaz física o mentalmente por un profesional médico de participar en las actividades
  - Responsable por el cuidado de un niño dependiente menor de seis años (sólo un adulto por niño)
  - Responsable por el cuidado de una persona discapacitada con un impedimento definido por la ADA (sólo un adulto por persona discapacitada).
  - Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal
  - Individuo que ha solicitado o está esperando una determinación de elegibilidad para beneficios de desempleo
  - Individuo que está participando en un programa de tratamiento para las drogas/el alcohol, incluyendo los programas intensivos para pacientes externos
  - Individuo inscrito en una escuela por lo menos medio tiempo incluyendo, pero no limitado al instituto, universidad, programa técnico o de aprendizaje
  - Individuo que participa en los servicios de empleo para refugiados ofrecidos por el Estado. Estos pueden incluir el entrenamiento vocacional y los programas de aprendizaje, la administración de caso y la preparación para el empleo.
  - Beneficiarios del programa FEP (ayuda financiera) que están trabajando con un consejero de empleo.
  - Beneficiarios del programa SNAP (estampillas de comida) que están participando o están exentos de los requisitos de empleo de SNAP y/o de FEP.
  - Individuos que están trabajando 30 horas o más por semana, o que están trabajando y ganando el equivalente del pago mínimo federal ganado en 30 horas por semana.

- Los individuos que no califican para una exención pueden pedir y a lo mejor calificar para una "causa justificada" para no participar en las actividades de la Participación Comunitaria. Si alguna de las siguientes razones se le aplican a usted, se le dará una causa justificada.
    - Tiene una discapacidad definida por la ADA, sección 504 del Acta de Rehabilitación, o sección 1557 del Acta de los Cuidados Económicos y Protección del Paciente y no puede completar los requisitos por razones relacionadas con esa discapacidad; o tiene un miembro inmediato de familia en el hogar que tiene una discapacidad descrita en las leyes federales de derechos de discapacidad y no pudo completar los requisitos por razones relacionadas con la discapacidad de ese miembro de familia; o el beneficiario o el miembro inmediato, que vive en el hogar con el beneficiario, pasa una temporada en el hospital o por una enfermedad seria.
    - Pasa por un parto o una muerte, de un miembro de familia que vive con usted;
    - Experimenta tiempo inclemente (incluyendo un desastre natural) y por lo tanto no pudo completar los requisitos;
    - Tiene una emergencia familiar o un evento que cambia la vida (por ejemplo, divorcio, violencia doméstica);
    - No tiene acceso al Internet o transporte al lugar donde los requisitos se deben completar, tales como el centro de trabajos o biblioteca para completar los requisitos;
    - Si hay menos de 48 empleadores en su área geográfica que potencialmente podrían ofrecerle un empleo o de quien razonablemente podría esperar aceptar una oferta de trabajo (incluyendo consideraciones relacionadas con, por ejemplo, su habilidad de obtener transporte al lugar de empleo); en este caso, el número requerido de contactos con empleadores se le bajará a un nivel apropiado para que no se le requiera hacer solicitudes para empleos que probablemente serían en vano; o
    - Usted es el/la cuidador(a) de un niño mayor de seis años y no pudo completar los requisitos debido a responsabilidades del cuidado del niño.
    - Si usted cree que tiene una causa justificada que no está mencionada arriba, por favor póngase en contacto con su trabajador de DWS al 801-526-0950 o llamada gratis al 866-435-7414.
- Para más información sobre la Participación Comunitaria, visite: https://medicaid.utah.gov/community-engagement
- Si usted es aprobado para recibir asistencia financiera, tendrá que ceder a Office of Recovery Services (Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) todo el sustento de menores ("Child Support"), asistencia médica, o pensión por divorcio o separación que usted hubiese recibido para su familia durante el tiempo que reciba esta asistencia. El sustento de menores y los pagos de pensión por divorcio o separación serán utilizados para compensar el costo de proveer asistencia financiera a su familia.
- Para recibir la Asistencia Financiera mediante el "Programa Familiar de Empleo", es necesario que usted coopere con la Office of Recovery Services (ORS) (oficina del gobierno encargada de recaudar el dinero del Sustento de Menores [Child Support]) en obtener la cantidad de Sustento de Menores y/o la cobertura médica, a menos que usted tenga una "causa justificada" para no cooperar.
- Usted podría calificar para pedir una "causa justificada" para NO cooperar con ORS. Una causa justificada para no cooperar con ORS se considera cuando:
    - El niño por el cual se busca el apoyo fue concebido como resultado de incesto o violación.
    - Hay procesos pendientes de adopción del menor ante una corte o jurisdicción competente, o alguna agencia licenciada ya sea pública o privada está ayudando al individuo a resolver l asunto de ya sea mantener o dar al menor para adopción y las discusiones no han durado más de tres meses.
    - Se puede esperar razonablemente que la cooperación al tratar de establecer la paternidad o lograr el apoyo pueda resultar en daño físico o emocional a usted o a su(s) hijo(s). La fuente del daño físico o emocional puede provenir de otros individuos y no necesariamente del padre/madre ausente.
    - Si usted no tiene evidencias que apoyen su petición de una "causa justificada", usted puede pedir que se haga una audiencia imparcial y su testimonio bajo juramento se puede tomar como evidencia que apoye una causa justificada.
- Si usted no coopera con la Office of Recovery Services – ORS o tiene una causa justificada para no cooperar, su familia no puede calificar para la asistencia financiera de larga duración.
- Los padres de familia tienen la responsabilidad de sostener a sus hijos menores de edad hasta que éstos logren su emancipación al cumplir 18 años, al casarse, o por mandato de orden judicial. Se requiere que los padres de familia que reciben asistencia financiera o médica cumplan con las órdenes y cobro del sustento de menores y la recaudación financiera médica, a menos que usted pueda proporcionar una causa justificada para no cooperar.
- Si el Department of Health of Utah (UDOH) paga su atención médica, usted asigna a ésta sus derechos a pagos desde cualquiera tercera persona y de asistencia para servicios médicos. Usted acepta entregar a UDOH cualquier dinero que reciba de una póliza de seguros, o de alguien con la responsabilidad de pagar sus cuentas médicas. Usted autoriza pagos
    - directamente a UDOH o a Office of Recovery Services (Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) y considera libre de culpa a cualquiera parte que realice pagos directamente a ellos. Usted acepta cooperar con el Estado de Utah al perseguir y demandar a cualquiera tercera parte que sea responsable por gastos médicos.
- Usted autoriza a cualquier persona u organización a divulgar sus registros médicos o información sobre su salud o la salud de sus dependientes al Utah Department of Health (UDOH), la División Financiera del Cuidado de Salud, o quien sea designado. El UDOH y el Department of Workforce Services pueden proporcionar a los proveedores de salud la información sobre su derecho a recibir la asistencia médica.

D13320900323637

- En caso de mi muerte y la muerte de mi cónyuge, el estado tiene el derecho a recuperar de mis propiedades todo el dinero gastado para mis cuentas médicas si recibo Medicaid en cualquier momento mientras que tenga 55 años de edad o más. El estado no tiene el derecho de recaudar de mis propiedades o bienes aquellos costos pagados como beneficios de elegibilidad por un programa de costo compartido de Medicare (QMB, SLMB, o QI). El estado puede poner un derecho de retención sobre mi propiedad si entro en un asilo.
- Usted está de acuerdo en que la asistencia que reciba bajo cualquier programa médico se limitará de acuerdo a lo descrito en el Manual de Proveedores escrito por el Department of Health. Entiende que la asistencia que tiene derecho a recibir puede cambiar sin su conocimiento o consentimiento. También, está de acuerdo de ser responsable por cualquier copago (co-pay) a proveedores al momento de recibir el servicio, a menos que esté libre de esos copagos.

D13320900323737

- Todos los niños inscritos en el programa de Medicaid también serán inscritos automáticamente al Sistema de Información y Vacunación del Estado de Utah (USIIS). Si no desea que su niño(a) sea agregado(a) a este sistema, llame a la Línea de Información USIIS al número 801-538-6872, o a la línea de acceso directo del Sistema de Vacunación al 800-275-0659.
- Si usted recibe asistencia pública sin tener derecho a recibirla, tiene que devolver la cantidad total.
- Si usted selecciona un proveedor de cuidado infantil que no necesita licencia, el Estado de Utah no regulará ni monitoreará el cuidado infantil. Le podemos dar más información acerca de cómo escoger un buen proveedor de cuidado infantil.

OBEDEZCA LAS REGLAS DE LOS PROGRAMAS

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

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo solicten llamando al 801-526-9240.
Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a “Relay Utah” marcandao al 711.
Relay Utah en español: 1-888-346-3162.