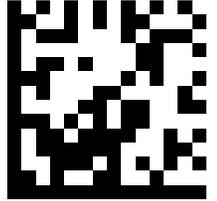




Estado de Utah
Departamento de Workforce Services
**SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SNAP, ASISTENCIA FINANCIERA, DE
CUIDADO INFANTIL Y ASISTENCIA MÉDICA**



Para servicios automatizados más rápidos, puede llenar su solicitud en línea visitando
jobs.utah.gov

D22323900980134

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? Sí No

En caso afirmativo, ¿para quién? _____ ¿Para qué mes? _____

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 de Teléfono: _____ 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 en español? inglés español

Nº de caso (opcional): _____ Firma: _____

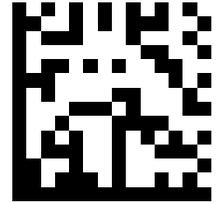
2. ¿Tiene una tarjeta Utah Horizon (Asistencia Financiera y/o Asistencia Alimenticia/SNAP)? Sí No
Si marca "No", se le enviará una nueva tarjeta por correo. Si tiene otras tarjetas ya no funcionarán.
3. ¿TODOS los individuos que están solicitando beneficios médicos tienen tarjeta de Medicaid de Utah? Sí No
En caso negativo ¿quién necesita una tarjeta? _____

Si desea solicitar beneficios de desempleo, ingrese a jobs.utah.gov.

Sus Derechos:

- **SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD, CON GUSTO LE ASISTIREMOS.**
- **TIENE DERECHO A RECIBIR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN SIN COSTO.**
- Tenemos a su disposición servicios de traducción si requiere asistencia adicional durante el proceso de solicitud.
- Asistencia Alimenticia (SNAP) y Asistencia Médica:
Puede entregar una solicitud incompleta con su nombre, dirección y firma; sin embargo, antes de determinar su elegibilidad, será necesario responder todas las preguntas. 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.
 - La asistencia se otorgará según la fecha de recepción de la solicitud. Si recibimos su solicitud fuera de horas de oficina (lunes a viernes de 8 AM a 5 PM), la fecha en que será efectiva es el día de oficina siguiente
- Asistencia Financiera y Asistencia para Cuidado Infantil:
 - Para presentar una solicitud de Asistencia Financiera **debe** completar las preguntas **1, 4 – 5, 7 - 10, 12 - 30, en la sección de Asistencia Financiera Y firmar la página 15.**
 - Para presentar una solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil debe completar las **preguntas 1, 4 - 5, 7 - 9, 12 – 23, 30, de la sección de Asistencia para Cuidado Infantil y firmar la página 15.**
 - Si usted no completa todas las preguntas requeridas para la Asistencia Financiera o para el Cuidado Infantil, dichas solicitudes 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 harán efectivos desde la fecha de recepción de la solicitud completada, con la excepción del programa de Asistencia General en el cual los beneficios se harán efectivos desde el primer día del mes, después del mes en que complete su solicitud.

Información sobre Asistencia Alimenticia (SNAP), Financiera, Cuidado Infantil y Médica para Inmigrantes:



D22323900980234

- Puede solicitar y recibir asistencia de SNAP, Financiera, Cuidado Infantil y Médica (Medicaid) para todos los miembros de su hogar que califiquen, incluso si hay personas en su hogar que no califiquen por su estatus migratorio. Por ejemplo, los padres de familias inmigrantes que no tienen derecho a recibir asistencia pública pueden solicitar SNAP para sus hijos ciudadanos de los Estados Unidos de América o que tengan un estatus migratorio aprobado.
- Si alguna persona que vive en su hogar no solicita y/o no tiene derecho a recibir SNAP debido a su estatus migratorio, no necesita proveer información sobre dicho estatus, ni números de seguro social u otro documento. Sin embargo, tendrá que contestar las preguntas sobre su nombre, parentesco, ingresos, bienes, etc.
- Puede que su participación en el programa de Médica y Financiera afecte su estatus migratorio y/o el de su familia. Toda información sobre inmigración es privada y confidencial.
- El uso de los beneficios de cuidado infantil, no serán tomados en cuenta para la determinación de carga pública. La situación de inmigración es privada y confidencial.
- El uso de los beneficios de SNAP no afectará su estatus migratorio ni el estatus migratorio de su familia. Ser un solicitante o destinatario de SNAP no afectará su capacidad de permanecer en los Estados Unidos, obtener una tarjeta verde o estatus de residente permanente legal, o convertirse en ciudadano estadounidense.
- Para determinar si califica para el programa de Asistencia Alimenticia (SNAP), complete las preguntas 1, 4 - 5, 8 - 25, 27 - 33, sección de Asistencia Alimenticia (SNAP) y firme la página 15.
- Si usted, o algún miembro de su familia, hace uso del programa de Asistencia Médica (Medicaid) esto no debe afectar su habilidad para solicitar su estatus de Residente Permanente de los Estados Unidos de América, a menos que utilice esta asistencia para pagar gastos médicos a largo plazo (institución de cuidado de largo plazo). El uso de los beneficios de Medicaid no afectará su habilidad de solicitar su ciudadanía en los Estados Unidos de América a menos que haya cometido fraude para obtener dicha asistencia.

Información únicamente para la Asistencia Médica

- ¿A quién necesita incluir en esta solicitud?
 - Para adultos que necesitan cobertura, incluya a las siguientes personas aunque no estén solicitando beneficios: 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.
 - Incluya a las siguientes personas menores de 21 años que necesitan cobertura, incluya a los siguientes incluya los siguientes individuos, aunque no estén solicitando cobertura: cónyuge, padres/padrastros, hermanos que viven con usted y cualquier hijo/hijastro.
- Mercado Federal de Seguros de Salud
 - La información obtenida de esta solicitud también podrá usarse para saber si califica para un seguro de salud comprensivo a través del mercado federal de seguros de salud, así como también para créditos impositivos avanzados de primas (APTC, por sus siglas en inglés). Un APTC es un crédito fiscal que le puede ayudar a pagar sus primas de coberturas de salud. Para más información, www.healthcare.gov.
- Bienes y Gastos (Preguntas 24 - 33)
 - Solo debe contestar estas preguntas si alguien en su grupo familiar solicitando asistencia de los siguientes programas: 65 o más años de edad, Medicaid para ciegos o discapacitados, Medicaid de Gasto Reducido (Spenddown), institución de cuidado de largo plazo, Exención, Medicare de Participación de Costos y/o Asistencia Médica para Refugiados.

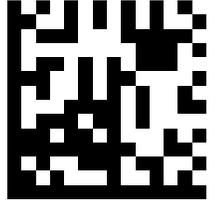
Información sobre Asistencia Alimenticia (SNAP) Emergencia

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 laborales.

INFORMACIÓN GENERAL Y DEL HOGAR



D22323900980334

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 USA/ No-ciudadano Elegible Si / No	Sexo M / F	Parentesco	Residente de Utah Si / No	Residente de Utah desde ² (ej.1/30/13)	Etnicidad ⁴	Raza ^{3,6}	Estado Civil ⁵
					Yo Mismo					

¹ El número de seguro social e información de ciudadanía sólo se necesitan para las personas que están solicitando beneficios. Si alguien necesita ayuda para obtener un número de seguro social, llame al 800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Si necesita telefonía de texto, sírvase marcar el 800-325-0778. No se requiere número de seguro social para el cuidado infantil. No se negará el programa de cuidado infantil por no proveer un número de Seguro social.

² Ser residente de 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)
 AS = Asiático ASI = Indio Asiático CH = Chino FI = Filipino
 JA = Japonés KO = Coreano VI = Vietnamita OA = Otra Asiático
 BL = Negro o Afroamericano WH = Blanco NH = Nativo de Hawái GC = Guameño o Chamorro
 SA = Samoano OPI = Otro isleño del Pacífico OT = Otra

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 Para la asistencia SNAP no se requiere estado civil

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. Para Asistencia Financiera: Esta es información requerida para la aplicación.

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

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Nombre	Parentesco	¿Compra y prepara comida con esta persona? (sólo aplica a SNAP)
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

6. Se requiere contestar esta pregunta sólo para la Asistencia Médica:

Por favor pida a cada adulto que responda las siguientes preguntas para ayudarnos a seleccionar el programa correcto para su hogar. Además de las preguntas a continuación, complete el Anexo B de esta solicitud para todos los dependientes que no viven con usted, pero que se reclaman en su declaración de impuestos.

Adulto 1:

a. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el próximo año?..... Sí No

Si la repuesta es Si, responda preguntas b – d. Si la repuesta es No, pase a la pregunta d.
 Todavía puede aplicar para cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.

b. ¿Presentará una declaración conjunta con un cónyuge?..... Sí No

Si la repuesta es Si, escriba el nombre del cónyuge: _____

c. ¿Reclamará algún dependiente en su declaración de impuestos?..... Sí No

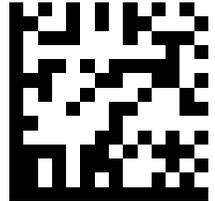
Si la repuesta es Si, escriba los nombres de los dependientes: _____

d. ¿Se le reclamará como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?..... Sí No

Si la repuesta es Si, escriba el nombre del declarante de impuesto: _____

¿Como se relaciona con este declarante de impuestos? _____

Adulto 2 (No complete si declara impuesto conjunto con la persona mencionada anterior):

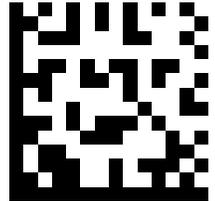


D22323900980434

- a. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el próximo año?..... Sí No
 Si la repuesta es Si, responda preguntas b – d. Si la repuesta es No, pase a la pregunta d. Todavía puede aplicar para cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.
- b. ¿Presentará una declaración conjunta con un cónyuge?..... Sí No
 Si la repuesta es Si, escriba el nombre del cónyuge: _____
- c. ¿Reclamará algún dependiente en su declaración de impuestos?..... Sí No
 Si la respuesta es Si, escriba los nombres de los dependientes: _____
- d. ¿Se le reclamará como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?..... Sí No
 Si la respuesta es Si, escriba el nombre del declarante de impuesto: _____
 ¿Como se relaciona con este declarante de impuestos? _____
7. No necesita contestar esta pregunta para solicitar Asistencial Alimenticia (SNAP):
 ¿Hay alguien en su hogar que solicitando beneficios que esté actualmente embarazada o haya estado embarazada en los últimos 3 meses? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién?: _____
 Fecha de parto (si aún está embarazada): _____
 ¿Cuántos bebés se esperan en este embarazo? _____
 ¿Ha fumado o usado tabaco la mujer embarazada durante los últimos 6 meses? Sí No
 (La información sobre el uso de tabaco en mujeres embarazadas se necesita para determinar si potencialmente califica para programas de tabaco. Su respuesta a esta pregunta es opcional.)
8. ¿Entre los solicitantes hay alguno que viva en una institución? Sí No
 En caso afirmativo, marque la(s) que se aplica(n):
 Hospital/Facilidad Médica Albergue Hogar de Grupos
 Institución de cuidado de largo plazo Centro de Rehabilitación de Drogas
 Cárcel – En caso afirmativo, ¿permiso para trabajar?..... Sí No
 Fecha de ingreso a la institución
 ¿Quién? _____ libertad condicional para trabajar: _____
 Nombre de la institución: _____
 Fecha en que se espera su dada de alta en cual anticipa salir (en caso de saberse): _____
9. ¿Entre los solicitantes, alguno tiene una discapacidad (física, mental o emocional que límite sus actividades como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc.)?..... Sí No
 En caso afirmativo, ¿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:
 Receptor de Discapacidad Seguro Social Asuntos veteranos (VA)
 Junta de Jubilación Ferrocarrilera Oficina Estatal de Discapacidad Médica
 Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) Declaración Médica
 Otro: _____
- Si la persona con la discapacidad es uno o ambos padres, ¿puede(n) cuidar a los niños? Sí No
 ¿Es la persona con la discapacidad un(a) niño(a)? Sí No
 Solo Para Financiera: ¿La discapacidad impide que la persona trabaje durante 60 días o más tiempo en cualquier ocupación?..... Sí No
10. No necesita contestar esta pregunta para solicitar asistencia médica o para cuidado infantil:
 ¿Hay alguien en su hogar que haya solicitado/recibido Asistencia Alimenticia (SNAP), Asistencia Financiera o Médica en Utah o en cualquier otro estado? Sí No

Nombre	Tipo de Asistencia	¿Sitio (en cual estado)?	¿Cuándo?	Fecha de finalización

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



D22323900980534

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?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

No necesita contestar esta pregunta para solicitar Asistencia Alimenticia (SNAP)

¿Alguien listado en la pregunta 11 es veterano, o cumple servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE.UU. o ¿tiene un cónyuge o padre que es veterano, o cumple servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.

Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

12. ¿Hay alguien en su hogar asistiendo a la escuela? Sí No

En caso afirmativo, complete todas las columnas:

Nombre de Estudiante	Nombre / Tipo de Escuela	Tiempo Completo (FT) o Parte del Tiempo (PT)	Fecha anticipada de graduación (Si es mayor de 16 años)

13. No necesita contestar esta pregunta para solicitar asistencia médica:

¿Hay alguien en su hogar que es veterano? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

14. ¿Hay alguien en su hogar que haya solicitado, recibido o se le hayan negado beneficios del Seguro Social, beneficios de veteranos, pagos por desempleo o compensación laboral? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____ Tipo de Beneficios: _____

15. No necesita contestar esta pregunta para solicitar asistencia médica:

¿Hay alguien en su hogar que sea un fugitivo de la ley (escondido o huyendo de la ley) para evitar ser enjuiciado, detenido o ir a la cárcel por un delito o intento de delito o crimen?..... Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

16. No necesita contestar esta pregunta para solicitar asistencia médica:

¿Hay alguien en su hogar en violación de una condición de libertad condicional o en período probatorio por algún delito mayor o delito menor? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

INGRESOS

17. ¿Hay alguien en su hogar que tiene ingresos salariales? Sí No

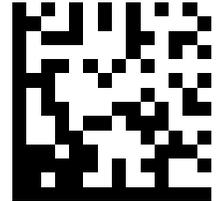
En caso afirmativo, complete todas las columnas:

Persona con Empleada	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?: _____

18. ¿Hay alguien en su hogar que trabaja por Cuenta Propia o es Contratista? Sí No
 En caso afirmativo, complete todas las columnas. (El trabajo por cuenta propia también incluye los ingresos de DoorDash, Uber, Instacart, SudShare, etc.)



D22323900980634

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 Total (antes de gastos de negocio)
						\$
						\$

¿Existen gastos del empleo por cuenta propia? Sí 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? \$ _____

19. ¿Hay alguien en su hogar que espera cambios en ganancias o en el número de horas de empleo? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Explique los cambios: _____

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

En caso afirmativo, 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: _____

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

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Explique los cambios: _____

22. ¿Alguien en su hogar recibe los siguientes tipos de ingresos educativos?..... Sí No
 En caso afirmativo, complete todas las columnas:

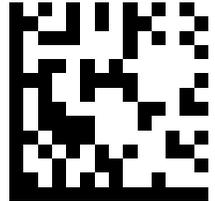
	Tipo	Nombre del Beneficiario	Cantidad Bruta Recibida	Número de meses a cubrir	Fecha de comienzo
<input type="checkbox"/>	Beneficio Educacional Montgomery GI		\$		
<input type="checkbox"/>	Estipendio – Gastos de Vivienda		\$		
<input type="checkbox"/>	Beneficios Educativos para veteranos		\$		
<input type="checkbox"/>	Pasantía pagada (que no sea "Título IV)		\$		

¿Hay gastos educativos? Sí No

En caso afirmativo, 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 Comienzo
	\$			
	\$			
	\$			

23. ¿Hay alguien en su hogar que recibe algunos de los siguientes ingresos?.. Sí No
 En caso afirmativo, complete todas las columnas:



D22323900980734

	Tipo	Nombre del Beneficiario	Cantidad Bruta Recibida	Frecuencia de Pago (ej. semanal, mensual)	Fecha en que Empezó
<input type="checkbox"/>	Seguro Social		\$		
<input type="checkbox"/>	Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)		\$		
<input type="checkbox"/>	Sustento a Menores (Child Support) recibido directamente del padre o de otro estado		\$		
<input type="checkbox"/>	Sustento a Menores (Child Support) recibido de ORS		\$		
<input type="checkbox"/>	Beneficios de Desempleo - Estado: _____		\$		
<input type="checkbox"/>	Contribuciones en Dinero Efectivo de familia, amigos o iglesia. ¿De quién?: _____		\$		
<input type="checkbox"/>	Jubilación / Pensión		\$		
<input type="checkbox"/>	Pensión Alimenticia (Alimony)		\$		
<input type="checkbox"/>	Beneficios a veteranos		\$		
<input type="checkbox"/>	Pagos por compensación laboral		\$		
<input type="checkbox"/>	Pagos Tribales		\$		
<input type="checkbox"/>	Pagos por arreglo de sumas globales		\$		
<input type="checkbox"/>	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?

Sí No

En caso afirmativo, complete la información:

Nombre: _____ Cantidad de deducción: \$ _____

Tipo de deducción: _____

Nombre: _____ Cantidad de deducción: \$ _____

Tipo de deducción: _____

BIENES*

* Si está solicitando Asistencia Médica, sólo debe institución de cuidado de largo plazo contestar estas preguntas si usted o alguien más que está solicitando cobertura es de edad avanzada, ciego, o discapacitado, vive en un hogar geriátrico, si está solicitando un programa de exención de Medicaid, o si tiene ingresos mayores a los permitidos para los otros programas de Medicaid. Si bien contestar estas preguntas de una vez es opcional para solicitar asistencia médica, proveer esta información de una vez nos ayudará a procesar su solicitud más rápidamente. Aunque es opcional contestar estas preguntas, al proveer esta información ahora, facilitara procesar su solicitud más rápidamente.

24. ¿Alguien en su hogar tiene dinero en efectivo? Sí No

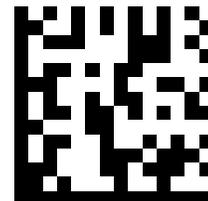
En caso afirmativo, ¿quién? _____ Cantidad: \$ _____

25. ¿Alguien en su hogar tiene alguno de los siguientes cuentas financieros?..... Sí No

En caso afirmativo, anote todas las cuentas que tenga usted o alguien que vive con usted.

Algunos ejemplos de cuentas financieras son cuentas de cheques, cuenta de ahorros, 401K*, IRA* (Cuenta de Pensión por Jubilación), anualidades, activos financieros (money market), acciones/bonos/ fondos mutuales, Aplicaciones de pago electrónico como Apple Cash, PayPal, Venmo, etc. *no requerido para SNAP

Tipo	Dueño(s) de Cuenta	Nombre del Banco	Balance de la Cuenta	Fecha de apertura
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	



D22323900980834

26. ¿Hay alguien en su hogar que tiene vehículos? Sí No
En caso afirmativo, llene todas las columnas. Algunos ejemplos de vehículos son automóviles, camionetas, lanchas o embarcaciones, motocicletas, motos de nieve, casas rodantes, vehículo todo terreno (ATV's), etc.

Table with 9 columns: Dueño(s) Registrado(s), Marca, Modelo, Año, Licenciado, Estado, Saldo que Debe, Uso del Vehículo, Fecha de Compra. Includes checkboxes for 'Sí' and 'No' for the 'Licenciado' column.

27. ¿Hay alguien en su hogar que posea algunos de los bienes mencionados a continuación? Sí No
En caso afirmativo, complete todas las columnas:

Table with 6 columns: Tipo, Dueño(s), Valor de Mercado, Saldo que debe, Fecha de Compra. Rows include Casa de vivienda, Otros Inmuebles, Remolques, and Otros.

28. ¿Hay alguien en su hogar que posee alguno de los siguientes bienes? Sí No

Marque todos los que se aplican:

Seguro de Vida Fideicomiso Lotes Fúnebres Plan/Contrato Fúnebres

En caso afirmativo, ¿quién? _____

29. No necesita contestar esta pregunta para solicitar asistencia médica:

¿Hay alguien en su hogar que haya vendido, intercambiado o regalado cualquier bien material en los últimos tres meses? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

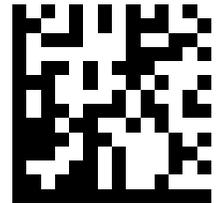
GASTOS*

* Si está solicitando Asistencia Médica, sólo debe contestar estas preguntas si usted o alguien más que está solicitando cobertura es de edad avanzada, ciego, o discapacitado, vive en una institución de cuidado de largo plazo, si está solicitando un programa de exención de Medicaid, o si tiene ingresos mayores a los permitidos para los otros programas de Medicaid. Si bien contestar estas preguntas de una vez es opcional para solicitar asistencia médica, proveer esta información de una vez nos ayudará a procesar su solicitud más rápidamente.

30. ¿Hay alguien en su hogar que hace gastos por pensión alimenticia, sustento de menores o cuidado infantil? Sí No

En caso afirmativo, complete todas las columnas:

Table with 7 columns: Tipo, Quien Paga este Gasto, ¿Para Quién?, Cantidad de Pago, Frecuencia de Pago, Fecha de Comienzo. Rows include Pensión Alimenticia, Sustento de Menores, and Cuidado Infantil with detailed sub-questions and checkboxes.



D22323900980934

31. ¿Hay alguien en su hogar que pague cualquiera de los gastos que siguen? Sí No
 En caso afirmativo, 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 de Comienzo
<input type="checkbox"/>	Renta, Renta Subsidiada, Seguro de Renta	\$	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/>	Hipoteca, Segunda Hipoteca, Préstamo por Valor Inmobiliario, Impuestos de Propiedad	\$	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/>	Seguro de Casa, Asociación de Propietarios (HOA), Gastos de Condominio	\$	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/>	Pago del Terreno para Remolques	\$	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Esta pregunta no se requiere para la Asistencia Médica:

¿Hay alguien más que ayude a pagar este gasto (familiar, alguna organización, agencia del estado, etc.)? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____ Cantidad Mensual: \$ _____

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

En caso afirmativo, marque todas las casillas que se aplican:

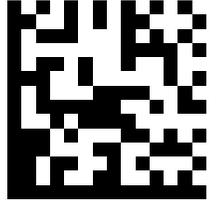
- Gas o Electricidad para calefacción y / o aire acondicionado de mi casa Teléfono
 He recibido asistencia HEAT en los últimos 12 meses Estoy sin hogar
 Electricidad, Agua, Alcantarillado, Basura

33. ¿Hay alguien en su hogar que tenga 60 años o más o con discapacidad que tenga gastos médicos? Sí No
 (Estos gastos deben ser reportados y algunos gastos deben ser verificados por su familia para contar como deducciones)

En caso afirmativo, complete todas las columnas:

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

ASISTENCIA FINANCIERA



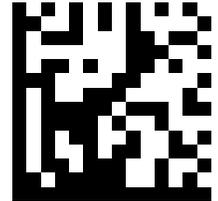
D22323900981034

34. ¿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? Sí No
En caso afirmativo, ¿quién? _____ Estado: _____
35. ¿Alguien en su grupo familiar ha recibido meses de beneficios de TANF? Sí No
En caso afirmativo, ¿quién? _____ Estado(s): _____
Nº de Meses: _____
36. ¿Hay algún niño en su hogar recibiendo una educación formal en casa?..... Sí No
En caso afirmativo, ¿quién? _____
¿Han sido aprobados por el distrito escolar para enseñar a los niños en casa?..... Sí No
37. ¿Tiene pagos de renta que son subsidiados por una agencia del gobierno, federal, estatal o local, incluyendo una agencia de servicio social privada? Sí No
En caso afirmativo, por favor marque una de las casillas abajo:
 Agencia de Vivienda Pública Otra Agencia
38. ¿Tiene niño(s) que vive(n) en el hogar los cuales tengan un padre o madre que vive fuera del hogar? Sí No
En caso afirmativo, ¿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 del padre/madre ausen..... Sí No
En caso afirmativo, anote el nombre del padre o madre ausente y el (los) nombre(s) de el (los) hijo(s) del padre o madre ausente que está(n) en el hogar.
Nombre del Padre/Madre Ausente: _____
Hijo(s) del Padre/Madre Ausente: _____
Razón por la ausencia:
 Adopción de Padre/Madre Soltero/a Divorcio Separación Separación Legal Fallecimiento
 Encarcelación Otro: _____
Nombre del Padre/Madre Ausente: _____
Hijo(s) del Padre/Madre 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 el/los menor(es)?..... Sí No
40. ¿Alguien en su hogar vive actualmente en una institución de tratamiento psiquiátrico o para abuso de sustancias? (i.e. mental o drogas) Sí No
En caso de “sí”, diga quién _____ Nombre de la institución: _____

SECCIÓN DE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL

41. ¿Necesita el cuidado infantil mientras que uno de los padres trabaja? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuántas horas de cuidado infantil a la semana necesita mientras 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 hijos? _____
42. ¿Se necesita el Cuidado Infantil mientras que uno de los padres asiste a clases? Sí No
En caso afirmativo, ¿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 ambos padres en el hogar: ¿Cuántas horas semanales de cuidado infantil necesita mientras usted asiste a la escuela/capacitación y ninguno de los padres está disponible para cuidar a sus hijos? _____



D22323900981134

Nombre de Padre/Madre: _____

Nombre de la Escuela: _____

Tipo de Capacitación Licenciatura: _____

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

¿Esta educación/capacitación está financiada por WIOA (Ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral) o TANF Non-FEP? Sí No

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

Tipo de Capacitación Licenciatura: _____

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

¿Esta educación/capacitación está financiada por WIOA (Ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral) o TANF Non-FEP? Sí No

43. ¿Comparte la custodia con un padre ausente? Sí 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 ¿paga o es responsable por pagar parte de los gastos de cuidado infantil? Sí No

45. ¿Ha seleccionado a un proveedor de servicios de cuidado infantil? Sí No

(Si usted no ha seleccionado un proveedor de cuidado infantil, usted puede visitar en Internet <https://jobs.utah.gov/jsp/cac/welcome> para buscar proveedores licenciados cerca de su domicilio.)

¿Ha el proveedor que usted seleccionó estado de acuerdo en cuidar a sus hijos..... Sí No

o En caso afirmativo, complete la información sobre el proveedor de cuidado infantil, abajo

o En caso negativo, póngase en contacto con su proveedor para obtener dicha información.

Nombre de Proveedor(a) y N° de Teléfono	¿Es este proveedor un Pariente, Amigo o Vecino (FFN)*?	Liste los nombres de su(s) hijo(s) a ser cuidados por este proveedor	Fecha en que los niños comenzaron a ser cuidados por este proveedor
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

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

46. ¿Sus bienes totales superan un millón de dólares? Sí No

47. ¿Alguno de los que están solicitando asistencia para cuidado infantil es miembro activo de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? Sí No

48. ¿Alguno de los que están solicitando asistencia para cuidado infantil es miembro activo de la Guardia Nacional o de una Unidad de Reserva Militar? Sí No

49. ¿Se considera en este momento indigente (sin hogar)? Sí 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 alguna discapacidad? Sí No

¿Su hijo tiene necesidad de cuidados especiales? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

51. ¿Recibe beneficios de cuidado infantil tribal? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tribu o agencia? _____

SECCIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTICIA (SNAP)

52. ¿Ha sido alguien de su grupo familiar descalificado del Programa de Asistencia Alimenticia (SNAP) debido a una violación al reglamento del programa en cualquier estado del país? Sí No

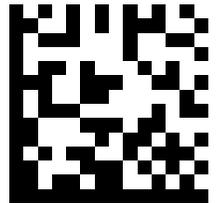
En caso afirmativo, ¿quién? _____ Estado: _____

53. ¿Hay alguien en su hogar que haya sido sancionado por el programa de Asistencia Alimenticia (SNAP) debido a la falta de participación en los requisitos de Empleo y Entrenamiento (E&T)? ... Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Esta persona acepta participar?..... Sí No

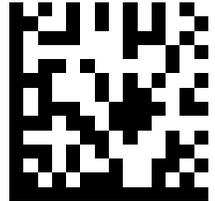
54. ¿Hay alguien en su hogar responsable del cuidado de un menor de menos de 6 años? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién está cuidando al niño? _____
 Nombre del niño: _____
55. ¿Sería un problema el obtener cuidado de los niños para participar en los requisitos de Empleo y Entrenamiento? Sí No
 En caso afirmativo, explique: _____
56. ¿Hay alguien en su hogar responsable por el cuidado de una persona incapacitada? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
57. ¿Hay alguien en su hogar ha dejado un trabajo o ha reducido las horas de trabajo en los últimos 30 días? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
58. ¿Hay alguien en su hogar temporalmente suspendido (laid off) de su empleo actual? Sí No
 En caso afirmativo, explique: _____
59. ¿Hay alguien en su hogar en huelga? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
60. ¿Hay alguien en su hogar en período de prueba (Probation) o con libertad condicional (Parole)?.... Sí No
 En caso afirmativo, ¿Se le requiere que complete algunas actividades ordenadas por un corte (ej. tiempo de libertad para trabajar o corte de drogas)? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
 ¿Qué actividades se le requiere que complete? _____
61. ¿Hay alguien en su hogar participando en un programa de tratamiento de drogas o alcohol que no sea AA? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____ Nombre de Programa: _____
62. ¿Alguien en su hogar está participando en un programa de socios que es manejado por un caso, como: Rehabilitación Vocacional, o involucrado en programas del Título V, como programas para "Personas Mayores Estadounidenses", "Easter Seals" o el "Programa Forestal", o está participando en el programa "Choose to Work"? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
 Nombre de Programa: _____
63. ¿Hay alguien en su hogar participando en los servicios de empleo para refugiados? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
64. ¿Es alguien en su hogar víctima de violencia doméstica? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
65. ¿Hay alguien en su hogar sin poder acceder a cualquier tipo de transporte privado o público? Sí No
 En caso afirmativo, explique: _____
66. ¿Está actualmente viviendo a más de 35 millas (56 km.) de un centro de empleos de DWS? Sí No
67. ¿Se encuentra sin domicilio o no tiene una dirección fija? Sí No
68. ¿Hay alguien en su hogar que reciba SNAP en otro hogar o estado? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____ Estado (Si es aplicable): _____
69. ¿Hay alguien en su casa de huéspedes?..... Sí No
 En caso afirmativo, explique: _____
70. ¿Hay alguien en su hogar que sea un menor o un adulto bajo su tutela (Foster child, adult)? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
71. ¿Hay alguien en su hogar que es un trabajador agrícola migratorio o de temporada? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____



D22323900981234

72. ¿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 Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
 Estado: _____
- Comprar o vender beneficios de SNAP por más de \$500..... Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
- Intercambiar SNAP por armas, municiones, o explosivos Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
- Intercambiar SNAP por drogas Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____



D22323900981334

SECCIÓN MEDICA

- 73. ¿Algún niño para quién se solicita cobertura tiene uno de sus padres viviendo fuera del hogar?..... Sí 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)?..... Sí 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? Sí No
 En caso afirmativo, complete la pregunta 76 debajo (No anote Medicaid, Medicare, o CHIP)
- 75. ¿Alguien le ayuda a pagar por COBRA o por su plan de seguros del empleador?..... Sí 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? Sí No

En caso afirmativo, por favor complete siguiente información.
 (No anote Medicaid, Medicare ni CHIP) en caso negativo, 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: _____

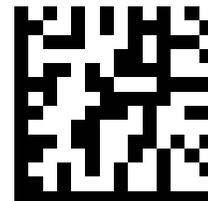
Nombre(s) de el/los individuo(s) con cobertura: _____
 Nombre de la compañía de seguros: _____
 Número de Teléfono: _____
 Dirección de la compañía de seguros: _____ N° de Grupo: _____
 Nombre del Titular: _____ N° de Póliza: _____
 Fecha de Nacimiento del Titular: _____
 Número de Seguro Social del 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 Federal de seguros de salud?..... Sí 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: _____ N° de Grupo: _____
 Dirección de la compañía de seguros: _____ N° 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 Federal de seguros de salud?..... Sí No



D22323900981434

77. ¿Alguna persona de su grupo familiar de las que está solicitando cobertura médica tiene Medicaid, CHIP o Medicare actualmente? Sí No
 En caso afirmativo, 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 persona 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? Sí No

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

80. ¿Alguna persona de las que está solicitando cobertura médica tiene una necesidad médica mayor?..... Sí No
 (Esto incluye embarazo/ cáncer/ enfermedad renal, etc. El contestar esta pregunta lo puede calificar para recibir ayuda extra)
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
 ¿Cuál es la condición médica? _____

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

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

83. ¿Alguien de entre quienes solicitan cobertura ha estado el programa de Foster Care durante o después de cumplir 18 años de edad?..... Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
 ¿Recibían Medicaid en algún momento durante el período de Foster Care en el que cumplieron 18 años o mayor? Sí No

84. **Deducciones:** Marque todas las aplicables y anote la cantidad, quién paga y con qué frecuencia es pagada. Si usted paga ciertas cosas que se pueden deducir en su declaración de impuestos, infórmenos al respecto para tratar de hacer bajar el costo de su cobertura médica. **Nota:** No debe incluir aquellos gastos que ya ha considerado en sus ingresos netos de empleo por cuenta propia. (Pregunta 18).

- 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? _____
 ¿Frecuencia de pago? _____
- Ingresos netos de rentas y regalías: \$ _____ ¿Quién? _____
 ¿Frecuencia de pago? _____

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

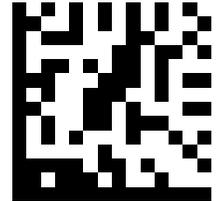
- Prima de seguro de salud: \$ _____ ¿Quién? _____
 ¿Frecuencia de pago? _____
- Contribución a 401K: \$ _____ ¿Quién? _____
 ¿Frecuencia de pago? _____
- Otras deducciones pre impuestos Tipo: \$ _____ ¿Quién? _____
 ¿Frecuencia de pago? _____

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 del año ACTUAL: \$ _____ Ingresos que se esperan para el PRÓXIMO año: \$ _____

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

FIRMA



D22323900981534

Yo 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 inmigración 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 inmigración 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 sí 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 auditorías 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 a cabo apareos electrónicos, revisiones de programas y auditorías de registros de DWS, del Departamento de 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 sí mismo a un juicio 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 persecución criminal si proporciona información falsa intencionalmente.

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

Nombre en letra de imprenta _____

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: Sí No

Nombre(s) de representante autorizado: _____

Dirección _____

Número de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento (SNAP Solamente): _____

Tipo de Representante: Defensor Comunitario Representante de una Agencia ARC Familiar Otro
¿Alguien tiene poder legal para cualquier persona en su hogar? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Representantes Médicos

¿Desea dar acceso a su caso a un representante autorizado?..... Sí No

En caso afirmativo, complete el Anexo D

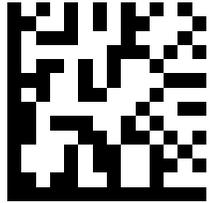
Complete la siguiente información si usted es un consejero certificado, navegador, agente, o corredor que está llenando este formulario para alguien más.

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

Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido y Sufijo: _____

Nombre de la Organización: _____

Número de Identificación (Si es aplicable): _____



D22323900981634

Inscripción para votar:

Si aún no se ha inscrito para votar donde vive actualmente, ¿desea inscribirse para votar aquí el día de hoy? Sí No

- SI NO MARCA UNA DE LAS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTA OPORTUNIDAD.
- Si necesita ayuda para llenar el formulario de inscripción para votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o recibir ayuda es suya. Puede llenar el formulario en forma privada. Solicitar inscribirse para votar o negarse a llenar el formulario para votar no afecta en lo absoluto la cantidad de asistencia que usted pueda recibir.
- Si usted cree que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse para votar o de declinar inscribirse, o en su derecho a la privacidad en su decisión de inscribirse o no para votar, o en su derecho de escoger el propio partido político de su preferencia, puede formular reclamo con la secretaria de gobierno del estado de Utah, escribiendo a: Lt. Governor, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT, 84114.

Información únicamente para programas de asistencia médica

Renovación de cobertura en años futuros

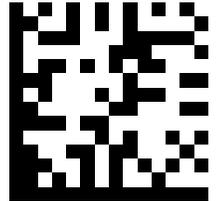
Para facilitar su determinación de elegibilidad para asistencia en pagar la cobertura de salud en años futuros, estoy de acuerdo en permitir que el Mercado Federal de Seguros de Salud use información sobre mis ingresos, incluyendo la información de mis declaraciones de impuestos. También estoy de acuerdo en permitir que el Departamento de Workforce Services y el el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 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 hacer cualquier cambio.

Si, sírvase 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.



ANEXO A
INFORMACIÓN DEL MIEMBRO FAMILIAR QUE ES INDI
AMERICANO O NATIVO DE ALASKA (AI/AN)
 (Requerido sólo para Asistencia Médica)



D22323900981734

Nombre de Caso: _____ N° de Caso: _____

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 Asistencia Médica.

Infórmenos sobre los miembros de su grupo familiar que son Indios Americanos o Nativos de Alaska:

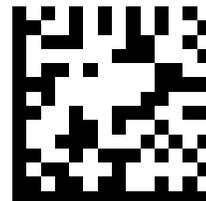
Los Indios Americanos o los Nativos de Alaska pueden obtener beneficios del Indian Health Services (Servicios de Salud para Indios Americanos), de los programas de salud tribales, o de los programas urbanos de servicios para indios americanos. Incluso es posible que no tengan que pagar costos compartidos y pueden obtener períodos de inscripción mensuales especiales.

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

	PERSONA 1 AI/AN		PERSONA 2 AI/AN	
	Primer	Segundo	Primer	Segundo
1. Nombre	Apellido		Apellido	
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , nombre de la tribu: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , nombre de la tribu: _____	
3. ¿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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo , ¿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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo , ¿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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Cierta dinero recibido no se contará para Medicaid o el Programa de seguro médico para niños (CHIP). Marque cualquier ingreso reportado en la sección de ingresos anterior que incluya dinero de estas fuentes. <input type="checkbox"/> Pago per cápita proveniente de una tribu que vienen de recursos naturales, derechos a uso, rentas o regalías. <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Dinero de la venta de artículos de significancia cultural.	Cantidad: \$ _____ Frecuencia de Recibo _____		Cantidad: \$ _____ Frecuencia de Recibo _____	

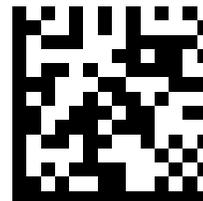
Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares (adaptación) y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten 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.



D22323900981834

Esta página fue dejada en blanco intencionalmente



D22323900982034

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).

<input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia pagada	\$ _____	Frecuencia: _____
<input type="checkbox"/> Intereses de Préstamo Educativo	\$ _____	Frecuencia: _____
<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____	Frecuencia: _____

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

<input type="checkbox"/> Ingreso Neto de Agricultura o de Pesca	\$ _____	Frecuencia: _____
<input type="checkbox"/> Ingreso Neto de Renta o Regalías	\$ _____	Frecuencia: _____

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

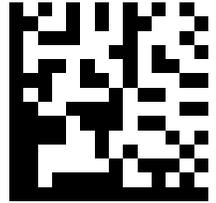
Ingreso total del año ACTUAL \$ _____ Ingreso total del año PRÓXIMO: _____

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares (adaptación) y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten 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



D22323900982134

Complete este formulario para cada miembro del hogar empleado. El representante o departamento de Recursos Humanos de su empleador que administra los beneficios para empleados debe completarlo. Si marcó "no" en la pregunta 76, no es necesario completar este formulario. 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 con respecto a este formulario o programas médicos, llame al **801-526-0950** o al **866-435-7414**.

Employee's Name: _____
First MI Last

SSN (optional) or Date of Birth: _____ eREP Case #: _____

Employer Name: _____ EIN: _____

1. Does your company offer health insurance? If no, skip to section E. Sign and return the form..... Yes No

2. When does your company's enrollment period begin? (mm/dd/yy) _____

A. Access to a Qualified Health Plan

3. Does your company offer any health plan that meets all of the following?..... Yes No

- The network deductible is \$4,000 or less per person
- The plan pays at least 70% of an inpatient stay after employee meets in-network deductible.
- The plan covers physician's visits, inpatient and outpatient hospital care, prescription drugs, laboratory services, preventative and wellness services, pregnancy, and childbirth.
- Employer pays at least 50% of the employee's premium.
- Lifetime maximum benefit is \$1,000,000 or more, or the plan has no maximum.

4. How do those plans cover abortion services? This can typically be found in the maternity/pregnancy or exclusion sections of your policy. (check one)

- Does not cover abortion in any circumstances
- Plan covers elective abortion
- Covers abortion 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 (plan lists this exact language)
- Other, or if multiple plans offer differing coverages, please describe: _____

B. Least Expensive Plan

Complete the chart below for the plan that would cost the employee the least. Do not include the cost of dental, vision or other coverage if it is not included in the medical insurance premium amount.

Monthly Premium		
	Employee's Portion	Company's Portion
Employee	\$	\$
Employee + Spouse	\$	
Employee + Child	\$	
Family	\$	

Yearly Health Plan Deductible	
Individual Amount	\$
Family Amount	\$

5. Is this health insurance plan a state employee benefit plan? Yes No

If the employee is enrolled in health insurance skip to section D.

C. Employee Not Enrolled in Health Plan

6. Is the employee eligible to enroll in a health insurance plan?..... Yes No

If no, why not? _____

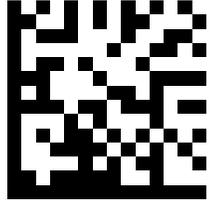
7. Was the employee eligible to enroll in the last open enrollment period?..... Yes No

8. 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/yy) _____

D. Employee's Health Plan Information



D22323900982234

9. Is this employee or any family member enrolled in any insurance plan offered? Yes No

If no, skip to section E

If yes, name(s) of person(s) enrolled: _____

When did coverage begin? (mm/dd/yy) _____

Insurance company and plan name: _____

Policy Number: _____ Group Number: _____

What is the check date for the first premium deduction? _____

10. Does the employee's chosen health plan meet all of the following?..... Yes No

- The network deductible is \$4,000 or less per person.
- The plan pays at least 70% of an inpatient stay after employee meets in-network deductible.
- The plan covers physician's visits, inpatient and outpatient hospital care, prescription drugs, laboratory services, preventative and wellness services, pregnancy, and childbirth.
- Employer pays at least 50% of the cost.
- Lifetime maximum is \$1,000,000 or more, or the plan has no maximum.

11. How does the plan cover abortion services? This can typically be found in the maternity/pregnancy or exclusion sections of your policy. (check one)

- Does not cover abortion in any circumstances
- Plan covers elective abortion
- Covers abortion 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 (plan lists this exact language)
- Other, please describe: _____

12. What is the monthly premium cost of this plan for just a single employee, not including any family members?

This plan's monthly premium cost for just a single employee	
Employee Cost	Employer Cost
\$ _____	\$ _____

13. Complete this chart for the benefits the employee is enrolled in. Fill out all applicable boxes.

Premium deducted from this employee's check

How often is the premium deducted?			
<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Other (Specify:)			
	Medical (required)	Dental (optional)	Vision (optional)
Employee	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Employee + Spouse	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Employee + Child	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Family	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Yearly Health Plan Deductible	
Individual Amount	\$ _____
Family Amount	\$ _____

14. Please list any children who have dental coverage? _____

E. Signature

Signature: _____ Date: _____

Name (please print): _____ Email Address: _____

Title: _____ Phone: _____

Please return completed form to:

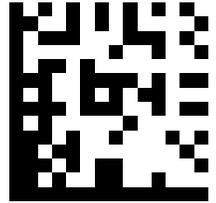
Department of Workforce Services, PO Box 143245, SLC, UT 84114-3245
 Fax: 1-801-526-9500 Toll-free Fax: 1-877-313-4717

Equal Opportunity Employer/Program

Auxiliary aids (accommodations) 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.



ANEXO D AUTORIZACIÓN DE REVELAR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD MÉDICA



D22323900982334

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 Opción 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 Opción 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 Departamento de 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 Departamento de Workforce Services (DWS). Entiendo que una revocación no es efectiva tanto que el Departamento de Salud y Servicios Humanos, mediante su División de Salud Integrada (DIH) 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 las leyes de privacidad médica y podría ser divulgada o compartida por la agencia que la reciba.

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

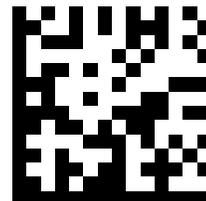
Al firmar este formulario, Yo reconozco que se me ha entregado una copia de esta autorización firmada.

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 (adaptación) y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten 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.

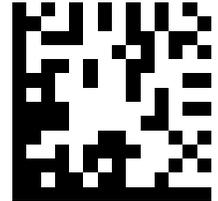


D22323900982434

Esta página fue dejada en blanco intencionalmente

Información Importante Sobre Esta Solicitud y el Programa

(Guarde esta información para sus registros)



D22323900982534

Información General

Procesamiento de la solicitud

Se tomará 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.

Administración de su Solicitud

Usted puede administrar la información en su solicitud usando *myCase* en el Internet en jobs.utah.gov/mycase.

- *myCase* puede ayudarle con preguntas de su caso, usted puede tener acceso a formularios, revisar sus notificaciones, y mantenerse informado de 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

Puede contactarse con nosotros por teléfono llamando al número gratuito 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.

Documentos y Verificaciones

Para prevenir retrasos en el procesamiento de su caso, entregue 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 *myCase* le mostrará qué verificaciones o comprobantes se han recibido y qué nos falta todavía. También puede usar *myCase* 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 en 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 con dicha tarjeta.
 - Si usted extravía la tarjeta o si se la roban, debe reportarla inmediatamente.
- El comerciante debe proporcionarle un recibo que incluya el nombre del negocio, 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 usted no accede a sus beneficios de SNAP por 274 días o sus beneficios financieros por un año, sus beneficios serán removidos de su 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.

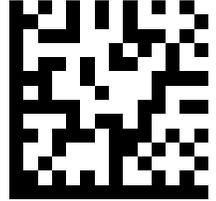
El departamento de servicio al cliente de Utah Horizon se encuentra disponible 24 horas al día, y 7 días por semana. Llame el departamento de servicio al cliente al 800-997-4444 si:

- 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 Emergencia 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 ha recibido 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, Asistencia Médica, de Cuidado Infantil y de SNAP, son programas temporales para asistirle mientras que se esfuerza para aumentar los ingresos de su familia mediante un empleo, el sustento de menores 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, y otros servicios mediante un Asesor de Empleo de DWS capacitado para ayudarle. Para obtener 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.



D22323900982634

Programa de Asistencia Alimenticia (SNAP)

Cuándo se Hace Disponible la Asistencia Alimenticia (SNAP)

Si su solicitud es aprobada, los beneficios de SNAP se hacen disponibles en forma automática a su cuenta EBT Utah Horizon. 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 sea 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 el programa SNAP

Usted puede usar su tarjeta EBT de la misma manera que usa una tarjeta de débito en la mayoría de las tiendas que venden alimentos.

- Una vez que el cajero/a haya sumado el total de los artículos que puede comprar con la tarjeta EBT, usted pasa su tarjeta en el Punto de Ventas e ingresa su PIN.
- El costo de los artículos comprados se resta de su cuenta EBT de SNAP.
- No hay recargo por impuestos de venta sobre 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 por si acaso 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 dental, 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 el programa SNAP, usted debe reportar cualquier cambio en sus ingresos antes del 10º día del mes siguiente después de que haya ocurrido el cambio cuando el mismo exceda el límite de ingresos. Si usted es un adulto apto sin dependientes (ABAWD), también debe informar cuando ya no esté trabajando 20 horas por semana en su empleo.

Formas de verificación aceptables

Información a ser verificada	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 estatus legal de quienes no son ciudadanos que solicitan beneficios	Tarjetas de Seguro Social, Pasaportes	
¿Puede que necesitemos prueba 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

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, en conseguir los pagos de sustento infantil de un padre ausente y/o pagos de discapacidad. Todos los programas financieros tienen límites de tiempo durante los cuales puede recibir beneficios de dichos programas.

- 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 Veteranos
- Seguro de Compensación Laboral (Workers' Compensation)
- Pagos provenientes de arreglos de seguros (Insurance settlements)
- Programas de asistencia financiera de Tribus Indígenas 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 estas tribus o vive dentro de los límites del programa tribal, es posible que califique para los beneficios financieros mediante el TANF tribal.
 - El Buró de Asuntos Indígenas (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 requerirá que participe en las actividades de empleo antes de autorizarse 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

Puede usar su tarjeta para comprar cosas que necesita en las tiendas que aceptan tarjetas EBT. También puede retirar sus beneficios en dinero efectivo en la mayoría de los cajeros automáticos ATM y Puntos de Venta en 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 jóvenes entre 16 y 18 años de edad que no estén asistiendo a la escuela deben participar con un asesor de empleos.

Programas para Familias y 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 progresar hacia la autosuficiencia.

- Si 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)

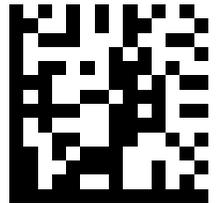
Es posible que se le considere para este programa si usted tiene una discapacidad que no le permita trabajar en cualquier ocupación por 60 días o más desde la fecha de solicitud.

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

Asistencia en Efectivo para Refugiados

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

- Se le requerirá que provea verificación de su estatus de inmigrante.

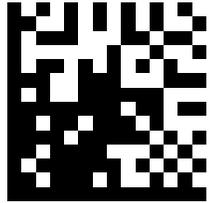


D22323900982734

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.



D22323900982834

- Es posible que deba pagar copagos según el tamaño y los ingresos de su hogar. 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 por pagar a su proveedor.
- Si usted va a usar más de un proveedor, no hay ninguna garantía que más de un proveedor reciba un pago.
- Una vez que es aprobado(a) para la Asistencia de Cuidado Infantil, los pagos estarán 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.

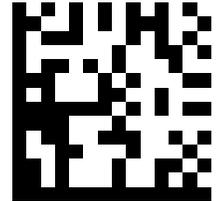
- Los padres que trabajan deben ganar al menos el salario mínimo por las horas que trabajen.
- Un padre/madre soltero(a) debe trabajar un promedio de 15 horas por semana.
- En una familia con ambos padres: uno de los padres tiene que trabajar un promedio de 15 horas por semana, y el otro padre tiene que trabajar un promedio de 30 horas por semana.
- El Cuidado Infantil también puede ser aprobado para la capacitación si el/los padre(s) cumple(n) con los requisitos mínimos de trabajo y puede(n) completar la capacitación dentro de un lapso de 24 meses. Los estudios de postgrado, o la obtención de un segundo grado universitario no se cubren.
- Los requisitos mínimos de trabajo pueden no aplicarse a los padres que asisten a un curso de estudio formal para obtener su Diploma de Escuela Secundaria o un Diploma de Educación General equivalente.
- 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

El programa de asistencia para el cuidado infantil apoya a las familias para que tengan igual acceso al 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 ha seleccionado debe cumplir con ciertos requisitos de salud y seguridad para ser elegible.

- <https://jobs.utah.gov/occ/cac.html> 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. Hay videos tutoriales en inglés y español para ayudarlo a buscar un proveedor en <https://jobs.utah.gov/occ/cachelp/cactuto.html>.
- Para obtener más información sobre el proveedor que ha elegido, incluyendo sus indicadores de calidad comprobada por investigación, busque a su proveedor en <https://jobs.utah.gov/jsp/cac/search> Una vez que haga clic en el nombre del programar, verá un enlace a su registro de Licencias de Cuidado Infantil del Departamento de Salud y Servicios Humanos para encontrar información sobre sus requisitos de salud y seguridad, incluidos 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 También podrá ver su calificación de calidad. Puede encontrar más información sobre las calificaciones de calidad haciendo clic en "Calificación de calidad" debajo el nombre del programa y en <https://jobs.utah.gov/occ/cachelp/onepager.pdf>.
- 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 801-707-4188.
- 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.



D22323900982934

Si usted selecciona a un Pariente, Amigo, o Vecino (FFN por sus siglas en inglés) 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 888-287-3704 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 cancelar la inscripción de un niño, 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

¡Las evaluaciones del desarrollo son una manera fácil de realizar un seguimiento de los hitos a medida que su hijo crece! Ellos pueden ayudarlo a ver las fortalezas de su hijo e identificar áreas en las que podría usar un poco de práctica. Completar una evaluación del desarrollo también puede llevarlo a actividades, información y recursos para apoyar el desarrollo de su hijo. Si está interesado en obtener más información o en completar una evaluación del desarrollo gratuita, visite helpmegrowutah.org o llame a un miembro del personal de Help Me Grow Utah al 801-691-5322. Si se le aprueba para recibir asistencia con el cuidado infantil, DWS compartirá el nombre de su caso, los nombres de los niños de 0 a 71 meses, la dirección postal, el número de teléfono y el correo electrónico (si se proporciona) con Help Me Grow Utah. Help Me Grow Utah se pondrá en contacto con los padres para brindarles información sobre el desarrollo infantil y ofrecer exámenes de desarrollo gratuitos para los niños en su hogar de 0 a 71 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 Útiles para Otros Servicios

General

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

- Si usted o alguien que conoce está experimentando violencia doméstica, agresión sexual, acecho o acoso sexual, hay recursos disponibles. <https://jobs.utah.gov/assistance/domviolence.pdf>

SNAP

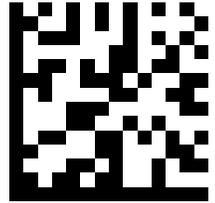
- Folleto de SNAP (#313): <https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/resource-files/2019%20FNS%20313%20SNAP%20Spanish%20for%20508.pdf>
- WIC: <https://wic.utah.gov/>
- Educación de Nutrición: <https://extension.usu.edu/createbetterhealth/>

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: <https://jobs.utah.gov/jsp/cac/welcome>



D22323900983034

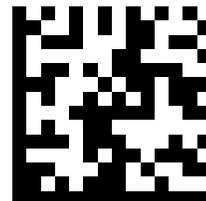
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

SUS DERECHOS

Tiene derecho a un intérprete. Tiene a su disponibilidad servicios de asistencia de idioma gratuitos. 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 yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'anída'áwo'dęę', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojji' hódílnih 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: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ជូរ 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.

- Tiene derecho a ser tratado con cortesía, dignidad y respeto.
- Las personas sordas o que tienen dificultad auditiva, o que tienen discapacidad en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA, DWS o Utah Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) 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, que también atiende en español o llamando al 866-526-3663 o al 800-371-7897; que aparecen en el enlace <https://www.fns.usda.gov/contact-us>.
- USDA es un proveedor y empleador de oportunidades igualitarias.
- De acuerdo con la Ley Federal el Reglamento del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar en base a raza, color de piel, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad sexual, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, visite el enlace: www.hhs.gov/ocr/office/file o póngase en contacto con U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) 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 en la pregunta "no declarado". Esta información se pregunta para asegurarse que los beneficios de estos programas se emitan sin consideración de raza, color de piel, u origen nacional.

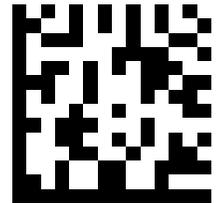


D22323900983134

- Usted tiene el derecho de solicitar y volver a solicitar asistencia pública cuando quiera para los programas que ofrece el Departamento de Workforce Services (DWS).
- Usted tiene el derecho de saber si su solicitud fue aprobada o denegada, y también la razón de la decisión.
 - Para la SNAP, su asistencia debe ser otorgada a todas las personas que califiquen en su hogar dentro de un lapso de 30 días de haber entregado su solicitud.
 - Para la Asistencia Médica, Asistencia Financiera y de Cuidado Infantil, la decisión se tomará en un lapso 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 en un lapso 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 disminuye su cantidad de SNAP si se le ha aprobado la 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 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 de caso para asegurarse que no existen malentendidos entre ustedes.
 - Hablar con el supervisor de su trabajador de caso.
 - Comunicarse con la sección de 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.
 - Tenemos a su disposición servicios de asesoría legal gratuitos proveídos por Utah Legal Services llamando al 801-328-8891, o al número gratuito 800-662-2538. Puede obtener referencias para servicios de asesoría legal de Salt Lake Lawyer Referral, llamando al 801-531-9075.
- Usted tiene el derecho de conservar la privacidad de su hogar. DWS no puede entrar a su hogar sin su consentimiento, o hacer uso de la fuerza para entrar en su hogar. DWS no puede visitar 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.
- Puede que el Departamento de Workforce Services, o alguien de su parte, se comunique con usted para preguntarle sobre 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. Departamento de 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 (incluyendo identidad de género y orientación sexual) 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.
- 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 (Estatil 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.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.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:

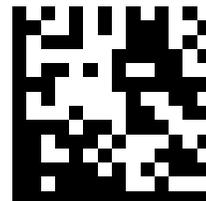


D22323900983234

- Correo a: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
 - Por Fax al: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
 - Por Teléfono: 833-620-1071
 - Por Email a: fncivilrightscomplaints@usda.gov.
- Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

SUS RESPONSABILIDADES

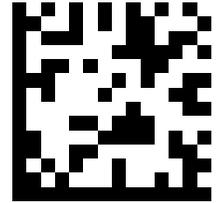
- En Utah los que reciben servicios médicos (Medicaid, CHIP, UPP) son inscritos en forma automática en el Utah Clinical Health Information Exchange (cHIE o Sistema de Intercambio de Información de Salud Clínica de Utah). Para conseguir más información o para cambiar a no participar más en cHIE, visite 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 requiere que participe en actividades adicionales, recibirá una notificación
- Queda exento de participar si cumple con cualquiera de las siguientes condiciones:
 - Tiene 60 años o más de edad
 - Tiene menos de 16 años de edad
 - Tiene 16 o 17 años de edad y está asistiendo a la escuela por lo menos la mitad del tiempo
 - Tiene 16 o 17 años de edad y está registrado en la escuela
 - Tiene 16 o 17 años de edad y no está nombrado 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 anticipado
 - Es responsable por el cuidado de un dependiente menor a los 6 años de edad
 - Es responsable por el cuidado de una persona discapacitada
 - Está recibiendo Seguro de Desempleo o está solicitando/esperando una decisión sobre el mismo
 - 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 está ganando por lo menos el equivalente a 30 horas por semana, multiplicado por el salario mínimo federal.
 - Es un estudiante registrado por lo menos medio tiempo y cumple con los requisitos de elegibilidad para estudiantes
 - Está participando en servicios de empleo para refugiados
- Si no participa en actividades de empleo y capacitación, se le descalificará para beneficios de SNA por un mínimo de un mes por la primera falta, tres meses por la segunda falta 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 de buena justificación. Una vez que su período de sanción haya terminado, puede de nuevo ser elegible para los beneficios de SNAP si acepta participar en actividades de empleo y capacitación o si está exento de participar.



D22323900983334

- Se le podría sancionar en cuanto a recibir beneficios de SNAP si dentro de un lapso de 30 días de haber presentado su solicitud o mientras esté 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 ocurrencia, tres meses por la segunda ocurrencia, y seis meses por ocurrencias subsecuentes. Debe cumplir con su período de sanción (uno, tres o seis meses) a menos que cumpla con una exención o tenga buena justificación.
- Adultos Físicamente Aptos y Sin Dependientes (ABAWD por sus siglas 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 reciban beneficios de SNAP por 3 meses en un período de 36 meses sin tener que participar en actividades de empleo y capacitación. 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 capacitación o escuela por lo menos por medio tiempo
- Para SNAP, siempre debe informar ganancias sustanciales de lotería o juegos de azar.
- 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.
- Si usted es aprobado para recibir Asistencia Financiera, tendrá que ceder a Office of Recovery Services (Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) todo monto que reciba para su familia por concepto de sustento de menores, asistencia médica, pensión por divorcio o separación durante el tiempo que reciba dicha asistencia. El sustento de menores y los pagos de pensión por divorcio o separación serán utilizados para compensar el costo de proveer asistencia financiera para su familia.
- Para recibir la Asistencia Financiera mediante el Programa Familiar de Empleo, es necesario que usted coopere con Office of Recovery Services (ORS) para obtener el pago de la cantidad de sustento de menores y/o cobertura médica, a menos que usted tenga una "causa justificada" para no cooperar.
- Usted podría calificar para una "causa justificada" para NO cooperar con ORS. Se considera una causa justificada para no cooperar con ORS 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, 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 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 Utah Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) paga su atención médica, usted asignará a la misma sus derechos a pagos desde cualquiera tercera persona y de asistencia para servicios médicos. Usted acepta entregar a DHHS 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 DHHS o a Office of Recovery Services (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 DHHS, la División de Salud Integrada (DIH), o quien sea designado. el DHHS y el Departamento de Workforce Services pueden proporcionar a los proveedores de salud la información sobre su derecho a recibir la asistencia médica.
- 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 Departamento de Salud y Servicios Humanos. 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.
- 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.



D22323900983434

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 o 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 artículos mencionados anteriormente, puede ser descalificado de los Programas de Empleo Familiar por 12 meses por una violación intencional del programa.

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

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