DHS
Oregon Department of Human Services

Instrucciones para llenar la solicitud

Por favor lea esto primero.

Esta solicitud es para estampillas de comida solamente.

Paso 1: Llene el formulario **.** Llene las páginas de la **1** a la **5.** Use el tabulador para pasar de un lado a otro. Lea cuidadosamente de la **10** a la **12 .** Tienen información importante sobre el programa. **Haga un clic y lea DHS 415R.** Cuando termine de leerlo, oprima el botón de imprimir. Después de imprimir la solicitud, firme la página 12. Guarde una copia de 415R.

Entregue la solicitud completa. Puede enviarla por fax, correo o entregarla en la oficina de estampillas de comida del Departamento de Servicios Humanos (DHS) más cercana. Para obtener la lista de oficinas y sus direcciones, llame al Oregon SafeNet al 1-800-723-3638.

PASO 2: Entrevista con el trabajador(a) de su caso. La entrevista es necesaria para completar el proceso. La oficina de estampillas de comida de DHS le dará una cita. Si no puede asistir a la cita, por favor, comuníquese con la oficina inmediatamente. Puede ser que necesite mostrar comprobantes de la información que dio. Su trabajador(a) le dardá una lista de las cosas que necesita. Avísele a su trabajador(a) si necesita ayuda para conseguir esta información.

Si es elegible, sus beneficios comenzarán en la fecha en que DHS reciba la solicitud.

Números de Seguro Social (SSN) y ciudadanía.

- Si usted está solicitando beneficios para alguien y no para usted, no necesita darnos su SSN o situación de ciudadanía. DHS no se comunicará con los servicios de inmigración por aquellas personas que NO están solicitando beneficios.

- Si usted no tiene un SSN, otros miembros de la familia que tengan SSN aún pueden ser elegibles.

Pulsar aqui para llenar la solicitud

Agency Use Only Expedited Service? ☐ Yes ☐ No	Appointment Date/Time (☐ Exp FS)	Date of Request	Filing Date (if different)

Alternate format? ☐ Yes ☐ No
What format? AT Braille CD LP OP

Interpreter? ☐ Yes ☐ No MA Notice ☐
What language? _____

Sobre usted:

Nombre completo (apellido, nombre, inicial) _____

Nombre de soltera (u otros nombres usados) _____

Número de Seguro Social ___-__-____

Número de teléfono ___-___-____

Número para mensajes ___-___-____

OR

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Dirección postal (si es diferente) _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

1. ¿Necesita ayuda para llenar este formulario? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí, pida ayuda.
2. Solicito: ☐ Cuidado de niños ☐ Ayuda para violencia doméstica ☒ Alimentos ☐ Servicios médicos ☐ Efectivo para familias
3. ¿Piensa quedarse en Oregón? ☐ Sí ☐ No
4. Algunas de las personas para quienes usted solicita beneficios, ¿recibió servicios de otro estado en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí ¿dónde? _____ Último día que lo recibió _____
5. ¿Quiere autorizar a otra persona para que solicite o reciba beneficios en nombre de usted? ☐ Sí ☐ No

¿Está usted en una situación de emergencia?

1. Por favor conteste lo siguiente sobre usted y sobre todas las personas para quienes solicita beneficios:
   - **a)** ¿Tiene alguien ingresos de más de $150 por mes? ☐ Sí ☐ No
   - **b)** ¿Tiene alguien más de $100 en efectivo o en cuenta de cheques o de ahorros? ☐ Sí ☐ No
   - **c)** Su renta y gastos mensuales de servicos públicos, ¿son más que la suma de su ingreso mensual, su efectivo y el dinero de sus cuentas bancarias? ☐ Sí ☐ No
   - **d)** ¿Es alguien trabajador agrícola migratorio o temporal? ☐ Sí ☐ No
     Si contestó sí, ¿tiene alguien más de $100 en efectivo o en cuenta de cheques o de ahorros? ☐ Sí ☐ No
   - **e)** ¿Recibirá usted ingresos de más de $25 en los próximos 10 días? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Necesita un lugar para vivir? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Tiene un aviso de desalojo o juicio hipotecario? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Recibió o espera recibir un aviso de corte de servicios públicos? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Necesita escapar de una situación abusiva o peligrosa? ☐ Sí ☐ No
6. Su compañero o su cónyuge, ¿le hace sentir miedo con amenazas, gritos o lesiones físicas a usted o a sus hijos? ☐ Sí ☐ No

Pulsar aqui para continuar

Agency Use Only	Case Name	Program	Branch	Case Number	Worker ID	Receptionist ID

Spanish DHS 415F (REV 7/04), Recycle prior versions

Sobre las personas en su unidad familiar:

Indique todos los miembros de su grupo familiar, incluido usted, aunque no solicite beneficios para ellos. Incluya niño(s) por nacer y fecha(s) de parto. No tiene obligación de dar información étnica o racial. Esto no afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a cumplir con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.

Llene para todos los miembros de la unidad familiar	Llene para los que quieren beneficios
Yo **Nombre completo** (apellido, nombre, inicial) — Parentesco (madre, hijo) **Fecha de nacimiento** (m/d/a) — **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer — **Etnia:** ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino **Estado civil:** ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Casado pero separado **Herencia racial:** ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico ☐ Indígena americ. o nat. de Alaska ☐ Negro o afroamericano	___-___-____ **Número de Seguro Social** ¿Nació en EE.UU? ☐ Sí ☐ No ¿Es ciudadano de los EE.UU? ☐ Sí ☐ No ¿Es estudiante? ☐ Sí ☐ No Último año escolar que terminó _____
Nombre completo (apellido, nombre, inicial) — Parentesco (madre, hijo) **Fecha de nacimiento** (m/d/a) — **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer — **Etnia:** ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino **Estado civil:** ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Casado pero separado **Herencia racial:** ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Indígena america o nat. de Alaska ☐ Negro o afroamericano	___-___-____ **Número de Seguro Social** ¿Nació en EE.UU? ☐ Sí ☐ No ¿Es ciudadano de los EE.UU? ☐ Sí ☐ No ¿Es estudiante? ☐ Sí ☐ No Último año escolar que terminó _____
Nombre completo (apellido, nombre, inicial) — Parentesco (madre, hijo) **Fecha de nacimiento** (m/d/a) — **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer — **Etnia:** ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino **Estado civil:** ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Casado pero separado **Herencia racial:** ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Indígena america o nat. de Alaska ☐ Negro o afroamericano	___-___-____ **Número de Seguro Social** ¿Nació en EE.UU? ☐ Sí ☐ No ¿Es ciudadano de los EE.UU? ☐ Sí ☐ No ¿Es estudiante? ☐ Sí ☐ No Último año escolar que terminó _____

1. ¿Necesita más espacio? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí, vea la última página. **Pulsar aqui para mas miembros de la familia (DHS 415X)**
2. ¿Por lo general compra comida y come con todos los que viven con usted? ☐ Sí ☐ No
   Si no, ¿quién compra comida por separado? _____
3. Nombre a todas las personas que quieren beneficios y están en la escuela secundaria, universidad o escuela vocacional o de capacitación.

Nombre del estudiante	Nombre de la escuela/Programa	Tipo de estudiante	Horas (por semana)
		☐ Secundaria ☐ GED ☐ Graduado ☐ Vocacional ☐ Universitario	
		☐ Secundaria ☐ GED ☐ Graduado ☐ Vocacional ☐ Universitario	

Pulse aqui para continuar

4. _____ _____
   Firma legal completa del solicitante — Fecha

Para solicitar beneficios de comida, llene las páginas 3-5.

Agency Use Only	Program	Branch	Case Number	Case Name	Worker ID

Ingresos del grupo familiar:

Por favor conteste lo siguiente sobre usted y sobre todas las personas para quienes solicita beneficios.

1. ¿Tiene alguien dinero o espera recibirlo? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, por favor conteste las preguntas 2 y 3. Tendrá que presentar comprobante de ingresos. Para *Beneficios de Comida y Dinero en Efectivo* necesitaremos comprobante de ingresos de los últimos 30 días. Para *Cuidado de Niños*, necesitaremos comprobante de ingresos de este mes y de los últimos dos meses. Para *Beneficios Médicos*, necesitaremos comprobante de ingresos de este mes y de los últimos tres meses.

2. Por favor declare todos los ingresos ganados:
Los ingresos ganados son: sueldos, salarios, propinas o comisiones de cualquier tipo de trabajo, sea a jornada completa o parcial, temporario, estacional, por cuenta propia o capacitación. (Estudiantes: incluyan trabajo para estudio).

Persona que trabaja	Nombre y teléfono del empleador	Paga/hora	Horas (por semana)	¿Cada cuánto? (semanal, mensual)

Tipo de ingreso (trabajo, etc.)	Este mes	Mes pasado	Dos meses atrás	Tres meses atrás
Trabajo No. 1	$	$	$	$
Trabajo No. 2	$	$	$	$

3. Por favor declare todos los ingresos no ganados:
Los ingresos no ganados son: jubilación, pensión, manutención de hijos, beneficios de veteranos, ayuda financiera, regalos, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, SSI, etc.

Persona que recibe el dinero	Origen/Tipo	¿Cada cuán-to tiempo?	Cantidad recibida	¿Espera que continúe?
			$	☐ Sí ☐ No
			$	☐ Sí ☐ No

Tipo de ingreso (SSI, etc.)	Este mes	Mes pasado	Dos meses atrás	Tres meses atrás
	$	$	$	$
	$	$	$	$

4. ¿Alguien perdió un trabajo, renunció o disminuyó las horas de trabajo durante los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, ¿quién? _____ Fecha de la pérdida o cambio de trabajo _____

Razón por la que perdió el trabajo _____

Continua en la pagina 4

Gastos del grupo familiar:

Gastos de cuidado de dependientes:

1. ¿Paga alguien cuidado de niños o cuida a un adulto minusválido? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí, ¿quién paga? _____ **$** _____ por mes.

2. Si usted recibe beneficios de cuidado de niños, ¿paga gastos de cuidado de niños además de su copago? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí, indique la cantidad mensual. **$** _____ por mes.

3. Si solicita cuidado de niños, por favor dé información sobre su horario de trabajo y proveedores de cuidado:

Horario usual de trabajo: Desde las: _____ am / pm a las: _____ am / pm

Días usuales de trabajo: ☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo

Otro horario (Describa): _____

Primer cuidador: _____ **No. de teléfono:** ___-___-____

Segundo cuidador: _____ **No. de teléfono:** ___-___-____

4. Si solicita cuidado de niños ¿están al día los registros de inmunización (vacunas) de sus hijos? ☐ Sí ☐ No
   Si no lo están, hable con su médico o con el Departamento de Salud local para recibir más información. Para recibir beneficios de cuidado de niños, Ud. debe comprometerse a cumplir con las normas estatales de inmunización.

Si solicita cuidado de niños solamente, pase a la página 11, lea las páginas 11-12 y firme en la página 12. Para solicitar beneficios de comida, dinero en efectivo o servicios médicos, por favor continúe.

Gastos de vivienda:

5. Usted o alguien de su grupo familiar, ¿paga gastos de vivienda? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí, llene a continuación:
   ☐ Alquiler ☐ Hipoteca (si es propietario)

¿Cuánto paga?	Seguro contra incendio/ peligros, si paga por separado	Impuestos a la propiedad, si paga por separado
$ _____ por _____	$ _____ por _____	$ _____ por _____

Nombre de la persona/compañía a quien paga alquiler / hipoteca: _____	¿Podemos llamar a esta persona? ☐ Sí ☐ No Si dijo sí, No. de teléfono: ___-___-____

6. ¿Espera pagar la misma cantidad el próximo mes? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Recibe ayuda para gastos de vivienda? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí, llene a continuación:

¿Quién paga?	Pagada a:	Cantidad pagada
		$
		$

Continua en la pagina 5

Gastos de servicios públicos:

8. ¿Qué tipo de calefacción usa para su vivienda? ☐ Leña ☐ Petróleo ☐ Electricidad ☐ Gas ☐ Otro

a) El costo está: ☐ Incluido en el alquiler ☐ Se paga aparte ☐ Se paga una cantidad fija ☐ Se comparte con otra familia ☐ Pagado por HUD u otra persona

9. ¿Qué otro tipo de servicios públicos paga usted? _____

Gastos de manutención de hijos por orden judicial:

10. ¿Alguien en su hogar paga manutención de hijos por orden judicial a alguien que no vive en su hogar? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, por favor llene a continuación:

Persona que paga la manutención	¿Para quién?	Cantidad que paga
		$

Gastos médicos:

11. ¿Tiene alguien gastos médicos ahora o de los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No

12. Alguna de las personas para quienes pide beneficios ¿es mayor de 60 años o tiene una discapacidad SSI/SSD? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, indique los gastos médicos que paga de su bolsillo, si los hay.

Persona que paga los gastos médicos de su bolsillo	Cantidad pagada
	$ _____ por mes

Recursos del grupo familiar:

1. ¿Tiene usted o alguna persona para quien está solicitando beneficios, alguna de las siguientes cosas?

a) Cuenta de cheques, ahorros, cooperativa de crédito, IRA, 401K ☐ Sí ☐ No

b) Acciones, bonos, cuenta de mercado de dinero, CD, fondos de fideicomiso ☐ Sí ☐ No

c) Otro: _____ ☐ Sí ☐ No

2. ¿Está alguien comprando o es dueño de bienes raíces, terrenos o edificios en los que ustedes no están viviendo? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Tiene alguien artículos de valor? (por ejemplo: automóvil, camioneta, bote, etc.) ☐ Sí ☐ No

Si solicita solamente beneficios de comida y cuidado de niños, pase a la página 10. Lea las páginas 10-12 y firme en la página 12.
Para solicitar dinero en efectivo o beneficios médicos, por fovar continúe.

Continua en la pag. 10

Agency Use Only	☐ FUA	☐ LUA	☐ TUA	☐ COS

Padres que no viven en su grupo familiar:

Importante – *Al solicitar servicios, usted nos autoriza a establecer paternidad y a tratar de conseguir seguro de salud y manutención de hijos de los padres no custodios que no viven en la unidad familiar a menos que piense que este padre podría causarle daño a usted o al niño.*

1. Si alguien en su unidad familiar está embarazada, ¿vive el padre en la casa? ☐ Sí ☐ No
Dé los nombres de los padres de sus hijos (incluyendo el padre de un bebé por nacer) que no vivan con usted. También dé el nombre de sus padres si usted tiene menos de 18 años y no vive con ellos. **Por favor dé toda la información posible.**

a) Padre No. 1 (Que no esté viviendo en el hogar.):

Nombre completo del padre (apellido, nombre, inicial)

Número de Seguro Social ___-__-____ **Número de teléfono** ___-___-____ **Fecha de nacimiento**

Última dirección conocida **Ciudad** **Estado** **Código Postal**

Último empleador conocido **Fecha de separación**

Nombres de los hijos de este padre que viven con usted

¿Cree Ud. que este padre podría intentar causarle daño a usted o al niño si tratamos de establecer la paternidad y conseguir manutención y seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

b) Padre No. 2 (Que no esté viviendo en el hogar.):

Nombre completo del padre (apellido, nombre, inicial)

Número de Seguro Social ___-__-____ **Número de teléfono** ___-___-____ **Fecha de nacimiento**

Última dirección conocida **Ciudad** **Estado** **Código Postal**

Último empleador conocido **Fecha de separación**

Nombre de los hijos de este padre que viven con usted

¿Cree Ud. que este padre podría intentar causarle daño a usted o al niño si tratamos de establecer la paternidad y conseguir manutención y seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

*** Por favor haga copias de esta página si hay otros padres.**

Empleo/discapacidad de los miembros del grupo familiar

1. ¿Perdió o dejó alguien un trabajo en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí, ¿quién? _____ Fecha en que perdió el trabajo _____
   Motivos de la pérdida de trabajo _____

2. ¿Tiene alguien alguna discapacidad que le impida trabajar en su antiguo trabajo o cuidar de sus hijos? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí, ¿quién? _____

   a) El problema que causa la discapacidad de esta persona, ¿va a durar un año entero o ya duró un año entero? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Solicitó alguien Supplemental Security Income (SSI)? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí, ¿quién? _____

4. ¿Hay alguien con un problema de salud que pueda poner en peligro su vida o causar discapacidad si no se lo trata? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí, ¿quién? _____

Seguro médico del grupo familiar:

1. ¿Recibió usted beneficios médicos por medio de otra agencia estatal en los últimos seis meses, incluyendo este mes (esto incluye FHIAP, OMIP u otro estado) ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí, ¿quién? _____ ¿En qué estado? _____

2. ¿Tiene alguien seguro médico ahora? ☐ Sí ☐ No
   Traiga las tarjetas de seguro que tenga cuando venga a la entrevista.
   Si contestó sí ¿cuánto le cuesta recibir este seguro? **$** _____

3. Dé los nombres de todas las personas que tuvieron seguro de salud en los últimos seis meses.

Persona que tuvo seguro de salud	La cobertura terminó en:
	Mes _____ Año _____
	Mes _____ Año _____

4. ¿Puede alguien conseguir seguro de salud de un empleador? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Puede alguien conseguir seguro de salud de un padre que no vive en el grupo familiar? ☐ Sí ☐ No

6. ¿Hay alguien que sea militar, veterano, o esposo(a) o dependiente de alguien que lo sea? ☐ Sí ☐ No

Agency Use Only	PWE? ☐ Yes ☐ No	UC Disqualification? ☐ Yes ☐ No	Presumptive referral? DHS 7210A ☐ Yes ☐ No	Incapacity? ☐ Yes ☐ No

7. ¿Puede alguien calificar para Medicare (cobertura médica de Seguro Social)? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Hay alguien que haya presentado o presentará un reclamo por lesiones? ☐ Sí ☐ No

9. Dé los nombres de todas las personas que sean indígenas americanos/nativos de Alaska. *(Los indígenas americanos/nativos de Alaska pueden elegir entre recibir servicios del Programa de Salud Indígena O inscribirse en un plan médico o dental. Si va a recibir servicios del Programa de Salud Indígena, no necesita elegir plan médico o dental.):* _____

   a) Dé los nombres de todas las personas que reciben servicios del Programa de Salud Indígena: _____

10. ¿Alguien tiene enfermedad renal en su etapa final (End Stage Renal Diease o ESRD) o ha recibido tratamiento rutinario de diálisis, o recibió un transplante de riñón durante los últimos 36 meses?
    Si contestó sí, ¿quién? _____ ☐ Sí ☐ No

11. Para beneficios médicos Por favor escriba los nombres de los planes médico y dental que elegiría. (Su oficina local puede ayudarle a identificar las opciones en su área.

Médico - 1ra elección: _____	Médico - 2da elección: _____
Dental - 1ra elección: _____	Dental - 2da elección: _____

Información sobre dinero en efectivo y beneficios médicos:

Si está solicitando dinero en efectivo para familias

El dinero en efectivo para familias también se conoce como Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas o TANF, por sus siglas en inglés.

Usted necesita saber lo siguiente sobre "cesión de manutención":

La "manutención" es el dinero que usted recibe para usted o para sus hijos, tal como la pensión alimenticia o la manutención de hijos.
Cuando usted recibe beneficios en efectivo, usted "cede" al estado el derecho a quedarse con la manutención que usted recibe de otra persona. El dinero se usa para reembolsar al estado por el dinero en efectivo que usted recibe.
Esto significa que mientras que usted reciba beneficios en efectivo:
El estado se quedará con todos los pagos de manutención recibidos para usted y para los miembros de su familia que reciban beneficios en efectivo. Esto incluye los pagos de manutención actuales y atrasados.

Cuando usted deje de recibir beneficios en efectivo:

- Usted recibirá los pagos de manutención actuales.
- El estado se hará quedar todos los pagos atrasados que correspondan a los meses en que usted recibió asistencia en efectivo.
- Usted recibirá todos los pagos de manutención atrasada para los meses en que usted no recibió asistencia en efectivo.

Cooperar con Manutención de Hijos:

Mientras usted recibe beneficios en efectivo, deberá cooperar con el Programa de Manutención de Hijos del estado. ***Importante:*** *No tiene obligación de cooperar con manutención de hijos si piensa que el hacerlo sería peligroso para usted o sus hijos.*

Cooperar con manutención de hijos puede significar:

- ayudar a localizar al otro padre de su hijo;
- nombrar legalmente al padre de su hijo (establecer la paternidad);
- obtener un fallo de manutención.

Si solicita beneficios médicos:

Cuando usted recibe beneficios médicos del estado, DHS paga sus cuentas médicas. (Si su plan médico dice que usted debe pagar copagos o primas, DHS *no* los pagará por usted.)

Mientras esté recibiendo beneficios médicos, debe permitir que DHS se haga quedar el dinero que usted obtenga de un seguro médico privado o por alguna lesión. Este dinero ayuda a cubrir el costo de las cuentas médicas que paga DHS.

También debe cooperar con DHS para tratar de obtener cobertura médica o dinero para atención médica de otras fuentes. Esto significa:

1. **Para usted:** Debe tratar de conseguir cosas como:

   - seguro médico de su empleador (DHS puede ayudarle a pagar esto);
   - pagos de seguro por una lesión;
   - cobertura médica de la Administración de Veteranos.

2. **Para sus hijos:** Si el otro padre no vive con usted, usted puede tener que cooperar con el Programa de Manutención de Hijos de Oregón para conseguir seguro para los niños.

Importante: *No tiene obligación de cooperar con manutención de hijos si cree que el hacerlo sería peligroso para usted o sus hijos.*

Cooperar con manutención de hijos puede significar:

- ayudar a localizar al otro padre de su hijo;
- nombrar legalmente al padre de su hijo (establecer la paternidad);
- obtener un fallo de manutención

Si usted está embarazada y sólo quiere cobertura médica del estado para usted, no tiene que cooperar con manutención de hijos.

Si usted tiene otro seguro:

Si usted u otro miembro de su familia tiene otro seguro médico, comuníqueselo al proveedor médico (médico, clínica u hospital) antes de sus citas. Ellos deben cobrarle a la otra compañía de seguros antes de cobrarle a DHS.

Si DHS paga una cuenta médica que no debería haber pagado, tomará las medidas necesarias para recuperar el dinero.

Por ejemplo:

- Si DHS paga una cuenta que debería haber pagado una compañía de seguros privada, DHS tratará de recuperar el dinero de la compañía de seguros.
- Si DHS paga una cuenta médica y el proveedor de atención médica también recibe el pago de una compañía de seguros, DHS tratará de recuperar el dinero del proveedor.
- Si DHS paga una cuenta médica y una compañía de seguros le envía a usted un cheque para cubrir esa misma cuenta, DHS tratará de recuperar el dinero de usted.

El derecho del estado a recuperar beneficios médicos:

DHS puede demandar dinero de su herencia (según se define en ORS 414.105) después de su fallecimiento si:

- Usted recibe beneficios médicos después de haber cumplido 55 años; o
- Si usted es menor de 55 años, pero está internado en una institución en forma permanente (como se define en OAR 461-135-0832) durante por lo menos 6 meses antes de su muerte.

  Esto se hace para recuperar el dinero usado para cubrir los beneficios médicos o el seguro que usted recibió.

DHS no puede tomar este dinero si alguno de los siguientes miembros de su familia sigue vivo:

- su cónyuge
- sus hijos menores de 21 años de edad
- sus hijos de cualquier edad si son ciegos o minusválidos

Si usted muere antes que su cónyuge, DHS sólo reclamará dinero después del fallecimiento de su cónyuge. *(Para más información, por favor vea el formulario SDS 9093).*

Información sobre sanciones en el programa de estampillas de comida:

Si usted hace lo siguiente…	Perderá los beneficios de comida…
• Ocultar información o hacer declaraciones falsas • Usar tarjetas EBT que pertenecen a otra persona • Usar beneficios de comida para comprar alcohol o tabaco • Cambiar o vender beneficios o tarjetas EBT	• 12 meses la primera vez • 24 meses la segunda vez • Permanentemente la tercera vez
• Cambiar beneficios de comida por substancias ilegales tales como drogas.	• 24 meses la primera vez • Permanentemente la segunda vez
• Cambiar beneficios de comida por armas de fuego, municiones o explosivos.	• Permanentemente
• Cambiar, comprar o vender beneficios de comida por un monto de $500 o más.	• Permanentemente
• Dar información falsa sobre su identidad o su domicilio para recibir más beneficios de comida de lo que le corresponde.	• 10 años por cada delito
También se le puede aplicar una multa de hasta $250.000, hasta 20 años de encarcelamiento, o ambas cosas. También se le puede iniciar una demanda bajo otras leyes federales.	

Continua en la pag. 11

Información sobre todos los programas:

Nuestro reglamento sobre discriminación

DHS no discriminará a persona alguna. Esto significa que DHS ayudará a todos los que tengan derecho a recibir sus servicios. DHS no negará ayuda basándose en la edad, raza, color, nacionalidad, sexo, religión, creencias políticas o discapacidad. Usted puede presentar una queja si considera que DHS lo discriminó por alguna de estas razones.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y Sevicios Humanos y de Salud (HHS) son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

Para presentar una queja ante USDA y HHS, por favor lea el formulario DHS 9001 “Información sobre Quejas por Discriminación de Clientes”. Este formulario se encuentra en el *Paquete de información y derivación* (DHS 6609).

Por qué necesitamos su número de seguro social

Cuando usted solicita beneficios de la mayoría de los programas de DHS, necesitamos que nos dé su número de seguro social (SSN) y los de las demás personas que solicitan beneficios. Debemos hacer esto porque así lo requiere la ley (42 USC.1320b-7(a) y 7USC 2011-2036).

Su número de seguro social ayuda a DHS a determinar los beneficios que usted puede recibir. Se utiliza para verificar sus ingresos y otros bienes.

También nos ayuda a verificar otros registros estatales y federales tales como IRS, Medicaid, Seguro Social y beneficios de desempleo.

DHS también usa los números de seguro social para recolectar información sobre sueldos y antecedentes de trabajo con fines de investigación. Esto ayuda a mejorar los servicios en el futuro. Usted no tiene que participar en esta investigación. DHS no puede negarle servicios si usted dice que no quiere participar en la investigación.

Información sobre sus derechos y responsabilidades:

Mediante mi firma al pie afirmo que:

Di información verdadera, correcta y completa a DHS.

Entiendo que si hago declaraciones falsas u oculto información puedo recibir sanciones estatales o federales.

DHS puede hacer una revisión de mi caso. Ello puede incluir una visita a mi casa.

Soy residente de Oregón.

Informaré sobre cambios en la información que doy a DHS cuando DHS me lo requiera.

Di información verdadera sobre mi ciudadanía y la de las demás personas para quienes solicito beneficios.

Sé que DHS verificará el estado de inmigración de las personas que solicitan o reciben beneficios. Sé que la información que DHS obtiene del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) puede determinar quiénes obtendrán beneficios. DHS no dará información a USCIS sobre las personas que *no* solicitan beneficios.

Los adultos menores de 60 años que solicitan beneficios de comida (estampillas de comida) en este formulario se inscribirán en el programa de empleo del estado. Si agrego otras personas al programa en el futuro, estas personas también se inscribirán.

Si no doy a DHS el número de seguro social de una persona que quiere recibir beneficios, es posible que esa persona no pueda recibirlos.

Continua en la pag 12

DHS no usará los gastos médicos, de vivienda, de cuidado de niños ni de manutención de hijos por orden judicial para calcular mis beneficios si yo no los declaro.

DHS puede usar computadoras para verificar toda la información de este formulario. Esto significa que DHS puede verificar dicha información con registros de bancos, de ingresos y de beneficios de desempleo.

DHS puede usar los números de seguro social para los fines indicados en la página 11. Esto también abarca a las personas menores de 18 años de edad incluidas en la solicitud.

DHS puede proveer la información de este formulario a:

- agencias federales y estatales que realizan revisiones;
- funcionarios policiales, para ayudarlos a arrestar a un fugitivo de la ley;
- agencias federales y estatales y agencias privadas de cobro de deudas, si tengo que devolver beneficios a DHS.

Personas que solicitan beneficios de dinero en efectivo: Cedo al estado el derecho a quedarse con los pagos de manutención, tal como se explicó en las páginas 8 y 9. Entiendo que no tengo la obligación de cooperar con el programa de Manutención de Hijos si ello fuera peligroso para mí o para mis hijos.

Personas que solicitan beneficios médicos: Entiendo la información sobre beneficios médicos dada en las páginas 9 y 10.

Personas que solicitan beneficios en efectivo, de cuidado de niños, de comida y médicos: Entiendo que la persona que firma este formulario debe devolver los beneficios a DHS cuando haya un sobrepago en mi caso. Los adultos presentes en el hogar que recibía las estampillas de comida durante el período en que se produjo el sobrepago también deben devolver lo que recibieron de más.

Personas que solicitan beneficios en efectivo y de comida: Entiendo que no puedo recibir beneficios del programa de Distribución Tribal de Comida y del programa de Estampillas de Comida al mismo tiempo. Tampoco puedo recibir TANF tribal de una tribu y beneficios en efectivo del programa TANF de DHS al mismo tiempo.

Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones hechas sobre las personas que viven en mi hogar, ingresos, recursos, propiedad y demás información que di a DHS y a sus contratistas es verdadera y correcta.

Presentaré comprobantes de la información que di a DHS. También permitiré que DHS se ponga en contacto con otras personas o agencias para obtener dichos comprobantes.

Declaración y firma:

He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades antes explicados en el formulario DHS 415R, y tengo una copia del formulario.

Pulse aqui para leer sus derechos y responsabilidades

Para beneficios médicos y de dinero en efectivo, no firme si trae este formulario en persona.

Firma legal completa del solicitante — Fecha

Firma legal completa del otro padre, cónyuge u otro adulto — Fecha

Firma del empleado testigo — Fecha

Imprimir

Empezar de nuevo

Espacio adicional para las personas de su grupo familiar

Llene para todos los miembros del grupo familiar | **Llene para los que quieren recibir beneficios**

Nombre completo (apellido, nombre, inicial) _____ Parentesco (madre, hijo) _____

Fecha de nacimiento (m/d/a) _____ **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer **Etnia:** ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino

Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Casado pero separado

Herencia racial: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico ☐ Indígena americ. o nat. de Alaska ☐ Negro o afroamericano

Número de Seguro Social ___-__-____

¿Nació en EE.UU? ☐ Sí ☐ No

¿Es ciudadano de los EE.UU? ☐ Sí ☐ No

¿Es estudiante? ☐ Sí ☐ No

Último año escolar que terminó _____

Nombre completo (apellido, nombre, inicial) _____ Parentesco (madre, hijo) _____

Fecha de nacimiento (m/d/a) _____ **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer **Etnia:** ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino

Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Casado pero separado

Herencia racial: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico ☐ Indígena americ. o nat. de Alaska ☐ Negro o afroamericano

Número de Seguro Social ___-__-____

¿Nació en EE.UU? ☐ Sí ☐ No

¿Es ciudadano de los EE.UU? ☐ Sí ☐ No

¿Es estudiante? ☐ Sí ☐ No

Último año escolar que terminó _____

Nombre completo (apellido, nombre, inicial) _____ Parentesco (madre, hijo) _____

Fecha de nacimiento (m/d/a) _____ **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer **Etnia:** ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino

Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Casado pero separado

Herencia racial: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico ☐ Indígena americ. o nat. de Alaska ☐ Negro o afroamericano

Número de Seguro Social ___-__-____

¿Nació en EE.UU? ☐ Sí ☐ No

¿Es ciudadano de los EE.UU? ☐ Sí ☐ No

¿Es estudiante? ☐ Sí ☐ No

Último año escolar que terminó _____

Nombre completo (apellido, nombre, inicial) _____ Parentesco (madre, hijo) _____

Fecha de nacimiento (m/d/a) _____ **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer **Etnia:** ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino

Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Casado pero separado

Herencia racial: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico ☐ Indígena americ. o nat. de Alaska ☐ Negro o afroamericano

Número de Seguro Social ___-__-____

¿Nació en EE.UU? ☐ Sí ☐ No

¿Es ciudadano de los EE.UU? ☐ Sí ☐ No

¿Es estudiante? ☐ Sí ☐ No

Último año escolar que terminó _____

Nombre completo (apellido, nombre, inicial) _____ Parentesco (madre, hijo) _____

Fecha de nacimiento (m/d/a) _____ **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer **Etnia:** ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino

Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Casado pero separado

Herencia racial: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico ☐ Indígena americ. o nat. de Alaska ☐ Negro o afroamericano

Número de Seguro Social ___-__-____

¿Nació en EE.UU? ☐ Sí ☐ No

¿Es ciudadano de los EE.UU? ☐ Sí ☐ No

¿Es estudiante? ☐ Sí ☐ No

Último año escolar que terminó _____

---

* Si necesita más espacio, haga copias o solicite el formulario DHS 415X.

Pulse aqui para continuar

Oregon Department of Human Services

Sus derechos y responsabilidades

(Your Rights and Responsibilities)

Este formulario enumera alguna de las cosas que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) se compromete a hacer por Ud. Estos son sus "derechos". También enumera una lista de cosas que Ud. debe hacer cuando solicita dinero en efectivo, cuidados de niños, alimentos o beneficios médicos. Estas son sus "responsabilidades".

Por favor lea este formulario cuidadosamente. Usted puede pedir al personal de DHS que le expliquen este formulario. Haga preguntas si hay algo que no entiende. Cuando Ud. (y su cónyugue o compañero) reciben beneficios del DHS, Ud. se está comprometiendo a realizar determinadas cosas. Usted puede perder beneficios si no hace estas cosas. También le pueden solicitar que devuelva los beneficios si recibió demasiados.

Sus derechos (cosas que puede esperar del DHS)

- DHS lo tratará con respeto, de manera justa y educada.
- DHS le dará información sobre sus pagos y servicios. DHS también puede derivarlo a otros servicios que Ud. necesite.
- Usted puede obtener una solicitud cuando la pida. Usted puede llenar y presentar la solicitud el mismo día en que la pidió. DHS también le ayudará a llenar formularios si lo necesita.
- Usted puede pedir un recibo de cualquier formulario que presente en las oficinas del DHS.
- Usted puede solicitar una reunión con un trabajador(a). También puede pedir hablar con la persona responsable a cargo.
- Usted puede solicitar la ayuda de un interprete para que le ayude a solicitar servicios, llenar formularios o informar algún cambio.
- DHS le ofrecerá información en un formato o idioma que Ud. pueda entender.
- DHS se esforzará para satisfacer sus necesidades especiales si Ud. tiene alguna discapacidad. DHS sigue la Ley de Discapacidad (Disabilites Act) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act).
- Usted puede pedir ver lo que haya escrito sobre Ud. en el archivo de su caso.
- Usted podrá solicitar no trabajar con el programa de manutención de hijos si tiene una "causa justificada". Esto quiere decir que trabajar con un programa de manutención de hijos constituiría un peligro para Ud. o el niño(s). DHS le proporcionará formularios que explican qué es la causa justificada. Estos formularios le dicen cómo puede ayudarle el Programa de Manutención de Hijos de Oregón (Oregon Child Support Program) a conseguir manutención para el niño y además mantener la seguridad de ese niño. Asimismo DHS contestará todas sus preguntas sobre la causa justificada.
- La información que Ud. le dé a DHS será considerada confidencial y privada. DHS sigue los principios de la "Aviso de Prácticas de Privacidad" que se encuentra en todas sus oficinas.
- DHS le informará si Ud. califica para beneficios:

- En un plazo de 45 días a contar desde la fecha en que Ud. solicitó dinero en efectivo, cuidado de niños o beneficios médicos..
- En un plazo de 30 días a contar desde la fecha en que Ud. presentó una solicitud para beneficios de alimentos. Si Ud. califica para beneficios rápidos le pueden informar en siete días.
- En un plazo de 90 días a contar desde la fecha en que solicitó una decisión médica sobre su discapacidad.

- Si no está de acuerdo con alguna decisión de DHS puede pedir una audiencia. En el caso de beneficios médicos o dinero en efectivo, la solicitud debe hacerse en el formulario de Solicitud de Audiencia Administrativa (DHS 0443). Alguien puede ayudarle a llenarlo en su oficina local de DHS. Si Ud. recibe beneficios de alimentos, puede solicitar una audiencia con el formulario DHS 0443 o por teléfono, por escrito o personalmente.
  - Si Ud. recibe dinero en efectivo para familias, cuidado de niños o beneficios médicos, debe solicitar una audiencia dentro de 45 días a contar desde la fecha de aviso de la decisión.
  - Para beneficios de alimentos, Ud. debe solicitar la audiencia dentro de 90 días a contar desde la fecha de aviso.

Sus responsabilidades *(las cosas que debe hacer)*

Si usted participa en cualquiera de los programas de DHS deberá:

- Dar a DHS información verdadera, correcta y completa.
- Presentar comprobantes de las cosas que informe. Si no puede conseguir los comprobantes, DHS le puede ayudar.
- Tomar parte en un programa de empleo si así se requiere. Esto incluye buscar, aceptar y mantener un trabajo.
- Permitir que el personal de DHS visite su hogar para obtener información sobre su caso.
- Informar cualquier cambio a DHS. Estos están explicados en la página siguiente.
- Ayudar a DHS si se elije su caso para una revisión. DHS hace revisiones de beneficios médicos, de cuidado de niños y de alimentos. Los casos se eligen al azar.

Si Ud. recibe beneficios de alimentos, también deberá:

- No dejar un trabajo o reducir las horas de trabajo a menos de 30 horas semanales.

Si Ud. recibe TANF también debe:

- Ayudar a conseguir manutención de hijos, a menos que signifique un peligro para Ud. o sus niños. Asegúrese de avisar a DHS que podría ser peligroso.
- Tomar parte en cualquier plan de capacitación que ofrezca DHS o sus agencias asociadas, a menos que tenga una “causa justificada”. Usted puede hablar con su trabajador(a) sobre la causa justificada.
- Hacer cualquier examen médico que sea necesario para ver si califica para los servicios.

- Solicitar y utilizar cualquier otro beneficio o dinero para el cual califique. Usted deberá hacerlo para Ud. mismo y para las personas para quienes solicita ayuda.
- Aceptar servicios sociales que fueron ordenados por los tribunales o que estén relacionados con capacitación o empleo.
- Asistir a los programas de salud mental y de abuso de sustancias, si DHS decide que Ud. necesita esa ayuda. Sólo tendrá que hacerlo si puede ingresar a un programa que sea gratuito para Ud.
- Si su familia tiene padre y madre: antes de comenzar a recibir beneficios en efectivo, Ud. deberá cumplir con todo lo que se le requiera durante dos semanas seguidas como mínimo. Una vez que comience a recibir beneficios en efectivo, si Ud. no hace todo lo que tiene que hacer, recibirá menos beneficios en efectivo. Si no cumple durante más de cuatro meses, no recibirá beneficios en efectivo.

Si Ud. recibe beneficios médicos, también deberá:

- Informar a los proveedores de servicios médicos si tiene otra cobertura de salud. Ellos deberán enviar las facturas de su atención médica al otro seguro antes de enviarla a DHS.
- Intentar obtener cobertura médica para sus hijos del otro padre que no vive con ellos.
- Solicitar y utilizar otros beneficios y dinero para el cual es elegible. Esto también se aplica a las demás personas para quienes está solicitando ayuda.
- Hacer un pago mensual para seguir recibiendo beneficios médicos, si así se le pide. Se le enviará una factura por correo mensualmente si usted necesita hacer estos pagos.

Información de cambios a DHS

Si Ud. recibe beneficios del DHS, **debe** reportar ciertos cambios que afectan a Ud., su cónyugue o compañero o a cualquiera para quien obtiene beneficios.

Para reportar cambios puede usar el formulario DHS 943 o llamar por teléfono o escribir a su trabajador(a) de DHS. Usted tiene un plazo de 10 días a contar desde la fecha que se produce el cambio.

Si Ud. no reporta los cambios a tiempo, sus beneficios se pueden demorar o suspender. Si Ud. no reporta los cambios y recibe demasiados beneficios, puede ser que tenga que devolverlos. Se le puede pedir la devolución a cualquier persona en su hogar que tenga 18 o más años de edad.

Si Ud. participa en algún programa del DHS, Ud. debe reportar cualquier cambio de dirección en un plazo de 10 días.

Además, están los siguientes requisitos:

Si Ud. recibe beneficios de alimentos:

Si Ud. está en Alternativa de Beneficios Transitorios (Transitional Benefits Alternative o TBA) no tiene que

reportar ningún cambio.

Si Ud. hace reportes semestrales, necesita informar cuando cambie su domicilio postal o cuando sus ingresos superen el límite del programa. Además, también tendrá que llenar el formulario de Cambio Interino (DHS 852) y entregarlo antes del día 10 del mes que debe reportar.

En todos los demás casos en que se reciben beneficios de alimentos, Ud. deber informar:

Aunque usted no tenga que informar cambios en su costo de vida, lo puede hacer. Los aumentos en costos de vivienda, atención médica o cuidado de niños, o de la cantidad que debe pagar en manutención de hijos, podrían ayudarle a conseguir más beneficios de alimentos. Pero en primer lugar deberá informar a DHS.

- Cambios de las personas que viven con Ud.
- Cambios en los costos de vivienda y de servicios públicos depués de mudarse.
- Los cambios en la fuente de ingresos. Esto incluye conseguir, perder o dejar un trabajo.
- Cambios sobre si legalmente debe pagar manutención de hijos.
- Si recibe dinero, artículos de valor, o dinero por la venta de propiedades. Esto incluye la compra, la venta o el cambio de vehículos.
- Si hay cambios en sus ingresos:
  - Si Ud. hace reportes mensuales: deberá reportar los cambios en sus ingresos en su formulario de Reporte de Cambio Mensual (AFS 859A) y presentarlo antes del 10 de cada mes
  - Si Ud. no hace reportes mensuales: necesitará informar a DHS de lo siguiente:
    - Un cambio de más de $50 en la cantidad de sus ingresos “no ganados”. (Ver el recuadro que aparece en la página 5.)
    - Si Ud. está trabajando y le pagan por hora, informe a DHS sobre cualquier cambio en las horas que trabaja mayores de 5 horas semanales o del sueldo que le pagan. (No necesita reportar cambios en el salario mínimo estatal.)
    - Si Ud. está trabajando y no le pagan por hora, informe a DHS de cualquier cambio en sus ganancias que sea de más de $100 mensuales.

Si Ud. recibe dinero en efectivo (TANF) o beneficios médicos para las familias (no por el Plan de Salud de Oregón), debe informar:

- Cambios en las personas que viven con Ud.
- Cambios en la fuente de ingresos. Esto incluye conseguir, perder o dejar un trabajo.
- Cuando alguien que aparece en su solicitud quede embarazada. Debe reportar el embarazo antes de 10 días, a partir de la fecha en que lo supo.
- Si recibe dinero, artículos de valor, o dinero por la venta de propiedades. Esto incluye la compra, la venta o el cambio de vehículos.

Cuando Ud. comienza a recibir beneficios en efectivo, la cantidad de sus beneficios de alimentos será menor.

- Si Ud. consigue o cambia de cobertura de salud.
- Cambios en sus ingresos:
  - Si Ud. hace reportes mensuales, llene la información en el formulario de Reporte de Cambio Mensual (AFS 859A) y preséntelo antes del 10 de cada mes.
  - Si Ud. no hace reportes mensuales, necesitará informar a DHS de lo siguiente:
    - Un cambio de más de $50 en la cantidad de sus ingresos "no ganados". (Ver el recuadro que aparece en la página 5.)
    - Si Ud. está trabajando y le pagan por hora, informe a DHS sobre cualquier cambio en las horas que trabaja mayores de 5 horas semanales o de la tarifa que le pagan. (No necesita reportar cambios en el salario mínimo estatal.)
    - Si Ud. está trabajando y no le pagan por hora, informe a DHS de cualquier cambio en sus ganancias que sea de más de $100 mensuales.

Los "Ingresos no ganados" incluyen:

- Beneficios de desempleo.
- Beneficios de Seguro Social.
- Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI)
- Beneficios de la Administración de Veteranos
- Pagos de manutención de hijos
- Los intereses de una cuenta bancaria.

Si Ud. está en el Plan de Salud de Oregon debe informar:

- Cambios de nombre de la personas que reciben los beneficios.
- Si alguien puede conseguir otra cobertura médica.
- Si Ud. consigue o cambia de cobertura médica.
- Si alguien que recibe beneficios queda embarazada.
- El nacimiento de un niño.

Si Ud. recibe beneficios para cuidado de niños, debe informar:

- Cambios de las personas que viven con Ud.
- Cambios en la fuente de ingresos. Esto incluye conseguir, perder o dejar un trabajo.
- Cambios en el sueldo que le pagan. (Ud. no necesita reportar cambios en el salario mínimo estatal.)
- Cambios sobre quién provee cuidado de niños.

Informe de estos cambios en el formulario de Revisión Periódica (AFS 7476) y preséntelo antes del día 10 del mes que tiene que reportar.

Si Ud. obtiene cobertura médica para ancianos o personas con discapacidades *(que no se trate del programa de Personas Empleadas con Discapacidades o el Plan de Salud de Oregon)* deberá informar todos los cambios que puedan afectar su elegibilidad.

Si Ud. participa del programa de Personas Empleadas con Discapacidades (Employed Persons with Disabilities program o EPD), Ud. debe informar:

- Los cambios en la fuente de ingresos. Esto incluye conseguir, perder o dejar un trabajo.

- Los cambios de más de $25 en la cantidad de ingresos “no ganados”. (Ver el recuadro que aparece en la página 5.)
- Si Ud. está trabajando y le pagan por hora, informe a DHS sobre cualquier cambio en las horas que trabaja que sean más de 5 horas por semanas o del sueldo que le pagan. (Ud. no necesita reportar cambios en el salario mínimo estatal.)
- Si Ud. está trabajando y no le pagan por hora, informe a DHS de cualquier cambio en sus ganancias que sea de más de $100 mensuales.

Sanciones en el Programa de Estampillas de Comida

Si Ud. hace lo siguiente...	Usted perderá los beneficios de alimentos por...
• Oculta información o hace declaraciones falsas • Usa tarjetas EBT que pertenecen a otra persona • Usa beneficios para comprar alcohol o tabaco • Cambia o vende beneficios o tarjetas EBT	• 12 meses para la primera infracción • 24 meses para la segunda infracción • Permanente la tercera infracción.
• Cambia beneficios de alimentos por sustancias controladas, tales como drogas	• 24 meses para la primera infracción • Permanente para la segunda infracción
• Cambia beneficios de alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos	• Permanente
• Cambia, compra o vende beneficios de alimentos por $500 o más	• Permanente
• Da información falsa sobre su identidad o su domicilio para obtener beneficios múltiples de alimentos	• 10 años para cada infracción

También se le puede aplicar una multa de hasta $250.000, hasta 20 años de encarcelamiento, o ambas cosas. Se le puede iniciar una demanda bajo otras leyes federales.

Discriminación

DHS no discriminará a ninguna persona. Esto significa que DHS ayudará a toda persona que sea elegible. DHS no negará ayuda a nadie basándose en la edad, raza, color, nacionalidad, sexo, religión, creencias políticas o discapacidad. Usted puede presentar una queja si considera que DHS lo discriminó por alguno de estos motivos. Para presentar una queja vea (DHS 9001).

Pulse aqui para regresar a la pag 12 y firmar