

Derechos y obligaciones

Datos que debe conocer sobre la solicitud de Asistencia Temporal en Efectivo, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (antiguo Suplemento Alimentario) y Asistencia Médica.

Números de Seguro Social

- Debe facilitarnos un número de Seguro Social por cada miembro de la familia que desee recibir beneficios.
- Si una persona que desea recibir beneficios no tiene número de Seguro Social, debe solicitarlo. Podemos ayudar a los solicitantes a obtener sus números.
- Si un miembro de la familia ha solicitado un número de Seguro Social, no retrasaremos su solicitud mientras espera el número.
- Nosotros utilizamos los números de Seguro Social para demostrar los ingresos. No facilitamos estos números a otras agencias como el Servicio de Inmigración ni Control de Aduanas.

Ciudadanía y condición migratoria

- Debe informarnos sobre la ciudadanía y condición migratoria de cada miembro de la familia que desee recibir beneficios.
- Maryland utiliza el sistema de Certificación Sistemática de Extranjeros y Elegibilidad (SAVE, por sus siglas en inglés) a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés), anteriormente conocido como Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, por sus siglas en inglés), para verificar la condición de extranjero de todos los hogares solicitantes y beneficiarios que no sean ciudadanos. La información recibida del USCIS puede afectar la elegibilidad de su hogar y el monto de los beneficios.

Información

- Si un miembro de la familia no nos notifica su ciudadanía, condición migratoria o número de Seguro Social, esa persona no recibirá beneficios.
- Aun así, deberá demostrar sus ingresos, gastos y otros datos.
- Los demás miembros de la familia que nos den su información recibirán beneficios si cumplen las normas.

Asistencia Médica de Urgencia

Los inmigrantes que no sean elegibles para otro tipo de asistencia médica y soliciten únicamente asistencia médica de urgencia no tienen que indicarnos su número de Seguro Social ni su ciudadanía o condición migratoria.

Límites de tiempo

- La Asistencia Temporal en Efectivo tiene límite de tiempo.
- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (antiguo Suplemento Alimentario) y la Asistencia Médica no tienen límite de tiempo.
- Cuando finalice la Asistencia Temporal en Efectivo debido al límite de tiempo, a los ingresos o a otro motivo, usted puede seguir recibiendo los beneficios del Suplemento Alimentario y la Asistencia Médica.

Entrevistas

- Usted, un familiar responsable o alguien que usted elija para que lo represente deben ser entrevistados.
- En la mayoría de los casos es posible que la entrevista sea por teléfono.
- En la entrevista, debe entregarnos o enviarnos las certificaciones que le pidamos.

Si necesita ayuda

Si necesita ayuda para solicitar beneficios, tiene alguna pregunta o necesita servicios de traducción, contáctese con su gestor de casos o llame al 1-800-332-6347.

Si necesita ayuda para llenar el formulario favor de llamar al 1-800-332-6347.

La Administración de Inversión Familiar se compromete a proporcionar acceso y adaptaciones razonables en sus servicios, programas, actividades, educación y empleo a las personas con discapacidad. Si necesita ayuda o necesita solicitar una adaptación razonable, contáctese con su gestor de casos, llame al 1-800-332-6347 o rellene el formulario de la página siguiente.

Solicitud de adaptaciones razonables:

Si usted es una persona con una discapacidad, tiene derecho a una adaptación razonable que le ayude a acceder a las actividades, programas y servicios del Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés). Esto se aplica incluso si usted está trabajando con un departamento de servicios sociales local o un proveedor que preste servicios a los clientes del DHS.

Una adaptación razonable es una modificación o ajuste de una actividad, programa o servicio que ayuda a una persona calificada con una discapacidad a tener un acceso significativo a las actividades, programas y servicios del DHS.

Ejemplos de adaptaciones razonables:

Discapacidad auditiva: intérprete de lengua de señas y dispositivo de asistencia auditiva.

Discapacidad visual: se hace que un lector calificado le lea al cliente.

Discapacidad motriz: se envían formularios por correo al cliente; reunión con el cliente en un lugar más accesible.

Discapacidades del desarrollo: se ponen las cosas por escrito, se toman descansos, se programan citas en función de las necesidades médicas del cliente.

Puede solicitar una adaptación razonable al departamento de servicios sociales local o a un proveedor en cualquier momento. Su solicitud puede ser oral o escrita. Puede solicitar una adaptación razonable en persona, por escrito o por teléfono. No hay palabras específicas que deba utilizar para solicitar una adaptación. La solicitud puede hacerla usted mismo o alguien que lo ayude. Si necesita solicitar una adaptación razonable debido a su discapacidad, debe hablar con el gestor o supervisor de casos o el coordinador de acceso del cliente (CAC, en inglés) de su departamento local. Puede preguntar al gestor de casos el nombre del coordinador de acceso del cliente de su departamento local. Puede utilizar el formulario que figura en el reverso de esta notificación. También puede pedir más información en recepción.

1. Marque 7-1-1 u [800-735-2258](tel:800-735-2258) para iniciar una llamada de teletipo (TTY, en inglés) a través del servicio de retransmisión de Maryland.
2. El saludo mecanografiado del operador de retransmisión de Maryland, incluido el número de identificación del operador, aparecerá en su teletipo o teléfono de voz y visualización (VCO, en inglés).
3. Cuando el operador termine de marcar, verá las letras "GA". Esto significa que puede continuar.
4. Marque el número de la persona a la que desee llamar, junto con cualquier instrucción especial de llamada. y luego marque "GA".

Solicitud de adaptación razonable

Nombre de la persona que necesita una adaptación:	Nombre de la persona que solicita la adaptación:
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código postal:	Número de teléfono:
Naturaleza de la discapacidad o deficiencia (especifique):	
Ubicación del Departamento de Servicios Sociales local:	
Solicitud de adaptación (tipo de adaptación solicitada). Escriba a máquina o con letra de imprenta. Sea lo más específico posible. Si es necesario, adjunte páginas adicionales.	
Nota: si solicita servicios de lengua de señas , especifique el tipo: intérprete de lengua de señas estadounidense (ASL, en inglés), intérprete certificado para personas sordas (CDI, en inglés), o traducción en tiempo real para el acceso a la comunicación (CART, en inglés). Proporcione cualquier información adicional que pueda ayudarnos a brindar una adaptación razonable (especifique):	
Firma del solicitante o cliente: _____ Fecha: _____	
Devuelva este formulario al gestor de casos o al coordinador de acceso del cliente de su departamento de servicios sociales local.	
Para uso exclusivo de la oficina	
Fecha de recepción de la solicitud:	
Medida tomada:	

Firma del CAC: _____	Fecha: _____

Derechos del cliente

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (U.S Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalias o venganzas por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Los programas que reciben ayuda financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (Department of Health and Human Services, HHS), como la Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) y los programas que el HHS gestiona directamente también tienen prohibida la discriminación en virtud de las leyes federales de derechos civiles y la normativa del HHS.

Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, en inglés) proporciona ayuda financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP, en inglés), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, en inglés) y otros. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el formulario de quejas por discriminación en el programa, (AD-3027) que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentados al USDA por correo: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o al teléfono: (833) 620-1071; o al correo electrónico: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para obtener cualquier otra información relacionada con el programa SNAP, las personas deben ponerse en contacto con la línea directa del programa SNAP del USDA al número (800) 221-5689, que también está en español, o llamar [a los números de información o a las líneas directas del estado](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado); puede encontrarlos en línea en: [Línea directa de SNAP](#).

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) proporciona ayuda financiera federal a muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, como el programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés), Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, en inglés) y otros. Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS proporciona asistencia financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, en inglés) en su nombre o en nombre de otra persona.

Para presentar una denuncia de discriminación en su nombre o en el de otra persona en relación con un programa que recibe ayuda financiera federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través del Portal de denuncias de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede ponerse en contacto con la OCR por correo en la dirección: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; Fax: (202) 619-3818; o al correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Las personas que necesiten ayuda para presentar una queja sobre derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar gratuitamente a la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Las

personas sordas, con dificultades auditivas o del habla, pueden llamar al 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Derecho a una notificación por escrito: siempre debemos entregarle una notificación por escrito en la que se expliquen sus beneficios cuando aprobemos su caso. Siempre debemos notificarle por escrito cuando modifiquemos sus beneficios, deneguemos o cerremos su caso. Usted dispone de 90 días a partir de la fecha de notificación para solicitar una audiencia. Si solicita una audiencia en el plazo de 10 días, es posible que pueda seguir recibiendo beneficios mientras espera la audiencia.

Derecho a apelar: si no está de acuerdo con la decisión del Departamento, solicite una audiencia. Su gestor de casos puede ayudarle a redactar su apelación. En la audiencia, puede hablar por sí mismo o llevar un abogado, amigo o familiar para que hable en su nombre.

Derecho a la privacidad: en la solicitud usted nos facilita datos personales. Nosotros utilizamos estos datos para saber si cumple los requisitos para recibir los beneficios. Si no nos brinda estos datos, podemos denegarle la solicitud. Tiene derecho a revisar, cambiar o corregir cualquier dato. No mostraremos sus datos ni se los daremos a otras personas a menos que usted nos dé permiso o que las leyes federales y estatales nos lo permitan.

Derecho a reclamar una causa justificada: si desea recibir Asistencia Temporal en Efectivo (TCA, en inglés), debe ayudar al Departamento a conseguir la manutención de sus hijos. Puede que no tenga que ayudar si eso lo pone en peligro a usted o a su familia.

Derecho a rechazar ayuda: no tiene por qué aceptar ayuda de una organización religiosa si va en contra de sus creencias religiosas.

Derecho a la tramitación a tiempo de la solicitud: si reúne los requisitos para recibir los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria acelerado, debemos concedérselos en un plazo de 7 días. Para el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional ordinario y otros programas, excepto determinados programas de Asistencia Médica, debemos tramitar su solicitud en un plazo de 30 días. A veces se producen retrasos en la tramitación. Si se produce un retraso, le enviaremos una carta para informarle el motivo del retraso en la tramitación de su solicitud. Si está recluido o en otra institución de este tipo y presenta una solicitud de beneficios de SNAP o de asistencia en efectivo, es posible que no reciba los beneficios de SNAP o de asistencia en efectivo hasta su liberación. La fecha de presentación de su solicitud de asistencia será la fecha de su liberación de la institución si esta es menos de 30 días a partir de la fecha en que su solicitud firmada fue recibida en el departamento local. Los beneficios de SNAP se emiten a partir de la fecha de su liberación en función de la fecha de su solicitud.

Autorización para recibir información sobre planificación familiar

Si desea información, puede pedir una guía de planificación familiar a su gestor de casos. También puede contactarse al:

- 1-800-546-8900 si necesita ayuda para encontrar un proveedor de métodos anticonceptivos u organizar la atención prenatal, o bien
- contactarse con el Centro de Salud Materno-infantil al 410-767-6713 o en <https://phpa.health.maryland.gov/mch/Pages/home.aspx>

Usted tiene las siguientes obligaciones

Proporcionar información: debe brindar información veraz y completa. Es posible que tenga que darnos pruebas de esta información. Nosotros mantendremos esta información confidencial. Cualquier retraso en la presentación de pruebas puede dar lugar a que su caso se retrase o se deniegue.

La recopilación de información de la solicitud, incluido el número de Seguro Social de cada miembro de la unidad familiar, está autorizada por la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008, del Código de los Estados Unidos (U.S.C.) 2011-2036, el artículo §1137(f) de la Ley de Seguridad Social y el artículo §1320b-7(d) del título 42 del U.S.C. Utilizamos la información para averiguar si su unidad familiar es elegible y comprobamos esta información mediante programas informáticos de cotejo.

También utilizamos la información para comprobar si cumple las reglas del programa. Podemos ponernos en contacto con su empleador, banco u otra parte. También podemos ponernos en contacto con agencias locales, estatales o federales para asegurarnos de que la información sea correcta. Podemos dar su información a otras agencias federales o estatales para uso oficial y a agentes de la ley que la necesiten para encontrar a personas que huyen para evitar la ley.

Si recibe beneficios de más:

- es posible que tenga que devolver el dinero de los beneficios y
- podemos facilitar la información de la solicitud, incluidos los números de Seguro Social, a agencias federales o estatales, así como a agencias privadas para cobros de reclamos para que tomen medidas.

Brindar la información es voluntario. Si no nos facilita información como el número de Seguro Social de todas las personas que deseen ayuda, podemos denegar los beneficios a cada persona que no facilite un número de Seguro Social. Si no tiene número de Seguro Social, le ayudaremos a conseguirlo.

Informar cambios: debe informar todos los cambios en un plazo de 10 días a menos que forme parte del grupo de información simplificada del Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP) y no reciba Asistencia en Efectivo ni Asistencia Médica. Si desea saber si forma parte de este grupo, consulte a su gestor de casos. Puede comunicarnos cualquier cambio en persona, por teléfono o por correo al Departamento.

Nota: Para todos los clientes del SNAP, incluidos los que son declarantes simplificados:

1. Si recibe ganancias de lotería o juegos de azar por un importe igual o superior a \$3,500, debe comunicar el importe y la fecha de recepción de las ganancias al departamento local en un plazo de 10 días.
2. Si usted es un adulto sano sin personas a cargo (ABAWD, por sus siglas en inglés), si sus horas de trabajo disminuyen por debajo de 80 horas al mes, debe informar el cambio al departamento local en un plazo de 10 días.

Advertencia: podemos denegarle, reducirle o suspenderle los beneficios si nos facilita datos erróneos o no comunica los cambios. Un juez puede multarlo o encarcelarlo si facilita deliberadamente información errónea o no comunica los cambios.

Requisitos laborales para el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria

Las personas que soliciten o reciban beneficios de SNAP deben conocer y entender la siguiente información sobre el registro laboral y los requisitos de trabajo de SNAP. Los requisitos de trabajo del SNAP están contemplados en la ley federal, en el título 7 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés) sección 273.24.

Se requiere que todas las personas mayores de 18 años estén inscritas para trabajar, salvo que estén exentas por alguna de las siguientes razones: ser mayores de 60 años, tener a su cargo a un menor de 6 años que viva en su domicilio, haber solicitado o percibido beneficios por desempleo, trabajar por cuenta propia un mínimo de 30 horas o más a la semana por el equivalente al salario mínimo federal, asistir a una escuela o institución de enseñanza superior reconocida al menos por media jornada, o estar incapacitada mental o físicamente para trabajar. El registro laboral no es lo mismo que la participación.

A partir del 1 de enero de 2016, las personas sanas y sin personas a su cargo (ABAWDS), con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años, que no estén exentas del registro laboral por uno de los motivos anteriores o que residan en una zona designada como exenta, deberán registrarse laboralmente

y participar en un programa o actividad laboral o estar empleadas.

Estas personas, conocidas como ABAWDS, solo pueden recibir beneficios SNAP durante tres meses en un período fijo de 36 meses, a menos que estén empleadas o participen en una actividad laboral o educativa aprobada un mínimo de 80 horas al mes. La persona no podrá volver a recibir beneficios del SNAP hasta que cumpla los requisitos laborales. Recibirá información adicional del gestor de casos y puede encontrar más información en el sitio web del DHS: <http://dhs.maryland.gov/food-supplement-program/able-bodied-adults-without-dependents-abawds/>.

Representantes autorizados: en la mayoría de los casos, si su representante autorizado nos facilita información errónea, usted tendrá que devolver cualquier cantidad que se le haya pagado de más.

Si su representante autorizado nos facilita a sabiendas información incorrecta o no utiliza correctamente sus beneficios, podemos inhabilitar a esa persona como representante autorizado y procesarla por fraude conforme a las leyes estatales y federales.

Si un centro de tratamiento de alcoholismo y drogadicción o un grupo de vivienda colectiva actúa como su representante autorizado para sus beneficios alimentarios y nos facilita deliberadamente información errónea sobre su situación, podemos emprender acciones judiciales conforme a la legislación estatal o federal aplicable.

Sanciones del TCA y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

NO:

- No dé información falsa ni oculte información para obtener o continuar obteniendo beneficios de TCA o SNAP.
- No intercambie ni venda beneficios de TCA o SNAP, ni tarjetas electrónicas de beneficios.
- No utilice TCA y SNAP ni tarjetas electrónicas de beneficios para comprar artículos no permitidos, como alcohol y tabaco, ni para pagar cuentas de crédito.
- No utilice los beneficios TCA o SNAP de otra persona.
- No utilice la tarjeta electrónica de beneficios de otra persona sin autorización.
- No utilice su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, en inglés) con beneficios de la TCA en una licorería, en un local de ocio para adultos, como un club de estrípers, ni en un establecimiento de juego, como un casino.

Sus beneficios SNAP no aumentarán si su ayuda económica se reduce o se cierra porque usted no ha seguido las reglas.

Si un miembro de la unidad familiar incumple deliberadamente las reglas, podemos prohibirle el acceso a la TCA o al SNAP.

- Podemos inhabilitar a esta persona durante un año a partir de la primera infracción.
- Podemos inhabilitar a esta persona durante dos años:
 - tras la segunda infracción, o
 - después de la primera vez que un tribunal declare a esta persona culpable de comprar drogas ilegales con beneficios de TCA o SNAP.
- Podemos inhabilitar a esta persona de forma permanente:
 - tras la tercera infracción;
 - después de la segunda vez que un tribunal declare a esta persona culpable de comprar drogas ilegales con beneficios de TCA o SNAP;
 - después de la primera vez que un tribunal declare a esta persona culpable de comprar armas, balas o explosivos, con beneficios de TCA o SNAP; o
 - después de que un tribunal declare a esta persona culpable de tráfico de beneficios de TCA o SNAP de \$500 o más.
- Podemos inhabilitar a esta persona durante 10 años si la declaramos culpable de hacer una declaración falsa sobre su identidad para recibir múltiples beneficios al mismo tiempo.

Un juez también puede imponer a esta persona una multa de hasta \$250,000, encarcelarla hasta 20 años, o ambas cosas. Un juez también puede inhabilitar a esta persona durante 18 meses más. La persona también puede tener que enfrentarse a un procesamiento posterior en virtud de otras leyes federales.

Tarjeta de SNAP o EBT: Múltiples sustituciones de tarjetas

Las personas que soliciten cuatro o más tarjetas *Independence* de sustitución en un año pueden ser remitidas a la Oficina del Inspector General para que se investiguen por tráfico de beneficios.

Advertencia y penalización de Medicaid: utilice las tarjetas de Asistencia Médica solo si es elegible.

Toda persona condenada por Fraude a Medicaid por un valor de **\$500** o más en dinero, servicios o bienes es culpable de un delito grave, y deberá:

1. devolver el dinero, servicios o bienes o el valor de esos servicios o bienes recibidos ilegalmente;
2. ser sujeta a una multa de no más de \$10,000, encarcelada por no más de cinco años, o ambos.

Toda persona condenada por Fraude a Medicaid por un valor menor a \$500 en dinero, servicios o bienes es culpable de un delito menor, y deberá:

1. devolver el dinero, servicios o bienes o el valor de esos servicios o bienes recibidos ilegalmente;
2. ser multada con no más de \$1,000 y encarcelada por no más de tres años o ambas.

Leer antes de firmar:

Entiendo que es importante dar información veraz y que, si no lo hago, estoy infringiendo la ley.

Entiendo que me pueden multar, encarcelar o reducir mis beneficios por hacer declaraciones falsas o por hacerme pasar por otra persona.

Sé que me pueden sancionar por no comunicar cambios que puedan afectar a mi derecho o a la cuantía del beneficio.

Entiendo que si recibo más beneficios SNAP de los que me corresponden, todos los miembros adultos de mi unidad familiar son responsables de saldar la deuda.

Sé que el Departamento puede utilizar la solicitud en mi contra ante un tribunal para el procesamiento judicial del fraude.

Sé que no declarar ni certificar los gastos de alojamiento, médicos o de cuidado de dependientes o los pagos de manutención de los hijos equivale a decir que no quiero una deducción por los gastos que no verifiqué ni certifiqué.

Entiendo que el Departamento puede comprobar la información de este formulario para ver si es correcta y puede seleccionar mi caso para una comprobación al azar, como por ejemplo para una revisión de control de calidad.

Acepto que alguien del Departamento me visite en mi domicilio. Les ayudaré a conseguir todas las pruebas necesarias de cualquier fuente.

Entiendo que al firmar esta solicitud:

- Acepto asistencia en efectivo o asistencia médica.
- Acepto que Medicare Parte B realice los pagos directamente a los médicos y proveedores médicos.
- Otorgo al Departamento el derecho a reclamar el pago al seguro médico privado o público y a cualquier tercero responsable. Entiendo que debo cooperar con el departamento para garantizar dichos pagos. El Departamento puede reclamar el pago sin emprender acciones legales, siempre que no se quede con una cantidad superior a la que pagó la Asistencia Médica.
- Otorgo al Departamento el derecho de inspeccionar, revisar y copiar todos los expedientes médicos de los servicios recibidos a través del Programa de Asistencia Médica.

Entiendo que cuando fallece una persona que tenía al menos 55 años cuando recibía Asistencia Médica, el estado puede tomar dinero de la herencia para reembolsar los pagos realizados en nombre de esa persona. El programa solo puede hacerse cargo del dinero si no hay cónyuge superviviente, hijo soltero menor de 21 años o hijo ciego o discapacitado (casado o soltero) de cualquier edad.

Sección de firmas

Entiendo que, tal como exige la ley de Maryland, determinadas agencias encargadas de hacer cumplir la ley que investigan el fraude pueden obtener información sobre mi solicitud, ingresos, beneficios y otra documentación como parte de su investigación. Si bien el acceso a la información sobre mi solicitud y beneficios está normalmente limitado en virtud del artículo 1-201 de Servicios Humanos del Código Anotado de Maryland, estos límites no se aplican a estas agencias de investigación. Entre estas agencias se encuentra la Oficina del Inspector General del Departamento de Servicios Humanos. Entiendo que no necesito dar mi consentimiento a estas agencias para que investiguen cualquier acusación de fraude contra mí. Cualquier información obtenida como resultado de la investigación puede ser utilizada en mi contra si se procesa una acusación de fraude.

He leído o alguien me ha leído y explicado toda la solicitud. Juro o afirmo, bajo pena de perjurio, que toda la información que he facilitado es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender. He recibido una copia de mis derechos y obligaciones. Autorizo a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que conozca los hechos sobre mi elegibilidad a dar esa información al Departamento. También autorizo al Departamento a ponerse en contacto con cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que haya dado pruebas de mi derecho a recibir los beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio, que, al firmar con mi nombre a continuación, todas las personas para las que presento la solicitud son ciudadanos estadounidenses, inmigrantes legalmente admitidos o personas en condición migratoria satisfactoria.

Firma del solicitante o beneficiario		Fecha
Firma del testigo (si ha firmado con una X)		Fecha
Firma del cónyuge (si corresponde)		Fecha
Fecha del representante autorizado (si corresponde)		Fecha
Firma del gestor de casos		Fecha
No deseo solicitar ayuda en este momento. Retiro mi solicitud de: <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria <input type="checkbox"/> Asistencia Médica <input type="checkbox"/> Asistencia de Emergencia para Familias y Niños		
Firma del solicitante, beneficiario o representante autorizado		Fecha
Nombre del solicitante en letra de imprenta		

Cesión de derechos de manutención para la Asistencia Temporal en Efectivo

- Cedo al estado de Maryland todos los derechos, títulos e intereses de manutención que pueda tener para mí o para cualquier persona que reciba TCA, cobrados desde el momento en que firme este acuerdo hasta que finalice mi asistencia.
- Esto incluye cualquier manutención atrasada que no se haya cobrado durante el tiempo en que yo o cualquier persona hayamos recibido asistencia de la TCA.
- Estoy de acuerdo en que la agencia de manutención infantil cobre la manutención que se me adeude y en mantener el importe de la TCA que se me abone.
- Acepto enviar al estado de Maryland cualquier manutención que reciba. Si no entrego esta manutención, tendré que devolver esta cantidad al estado de Maryland. También podría ser procesado por fraude.

Al ser elegible para la Asistencia Médica:

- cedo todos los derechos, títulos e intereses sobre la manutención médica y los pagos del seguro médico que pueda tener para mí o para cualquier persona que reciba Asistencia Médica. Esto incluye los pagos atrasados de la manutención médica o del seguro médico que no se hayan cobrado.
- Estoy de acuerdo en que la agencia de manutención infantil cobre los pagos de manutención médica que se me adeuden y en mantener al día el importe de los pagos de Asistencia Médica que se me hayan efectuado.
- Acepto entregar al estado de Maryland cualquier manutención médica o pago del seguro médico que reciba.
- Cooperaré en la medida de mis posibilidades y conocimientos con la agencia de manutención infantil mientras reciba TCA y Asistencia Médica.
- Si no coopero con la agencia de manutención infantil puedo perder todos mis beneficios y mi caso puede cerrarse.
- Entiendo que si tengo un hijo o hijos adicionales mientras recibo TCA o Asistencia Médica, estoy de acuerdo en que debo seguir todos los requisitos para ese hijo o hijos o mi TCA o Asistencia Médica (MA, en inglés) puede cerrarse.

He leído estas declaraciones o alguien me las ha leído. Entiendo lo que quieren decir. Al firmar con mi nombre a continuación, me comprometo a cumplir lo establecido en el documento.

Firma:

Fecha:

Nombre en letra de imprenta: