



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE MARYLAND
ADMINISTRACIÓN DE INVERSIONES FAMILIARES
DOCUMENTO DE DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD
PARA MENORES DE 21 AÑOS EN HOGARES
DE CRIANZA TEMPORAL O ADOPCIÓN SUBSIDIADA DE DHS

Fecha en que se recibió la solicitud
firmada en el Departamento local

Debe tener sello con fecha

PARA USO DEL TRABAJADOR SOLAMENTE	Oficina LDSS:	Programas que solicitó/Recibe	ID de la unidad de asistencia:
	Nombre del trabajador de MA:	Nombre del trabajador:	D & T del trabajador:
	Fecha de aplicación/Reaplicación:	Teléfono del trabajador:	ID del cliente:

RESPONDA TODAS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

POR FAVOR ESCRIBA EN FORMA CLARA SUS RESPUESTAS

1. INFORMACION DE IDENTIFICACIÓN (CLRE/NAME/ADDR 01)

Apellido del niño	Primer nombre	Segundo nombre
-------------------	---------------	----------------

2. INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS (DEM1)

El niño actualmente recibe: ___ Asistencia en Efectivo ___ Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
 ___ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 ___ Asistencia Médica, # de MA: _____
¿El niño tiene facturas médicas que no ha pagado en los últimos 3 meses? ___ Sí ___ No
 ___ Otros beneficios, cuáles: _____

¿Maryland paga por sus beneficios de Asistencia Médica? ___ Sí ___ No ¿Si no, cuál estado está pagando por esto beneficios? ___

Si un niño está recibiendo Asistencia Médica en Maryland, se ha solicitado una tarjeta de reemplazo (una vez actualizada la dirección postal del niño) porque el padre de crianza temporal o el padre adoptivo no tiene la tarjeta? No ___ Sí ___
(Si se encuentra la tarjeta original, debe ser destruida cuando se reciba la tarjeta de reemplazo porque ya no será válida. Mantenga las tarjetas de Asistencia Médica y Health Choice MCO del niño en el pasaporte de salud de él/ella.)

3. No complete esta sección para los niños en el programa de adopción subsidiada. INFORMACIÓN SOBRE LA COLOCACIÓN DEL NIÑO PARA EL ARCHIVO DEL CASO DEL NIÑO (no para ser ingresada en CARES)

Nombre del anterior proveedor de cuidado del niño:	Dirección: (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código postal)			Relación con el niño:
Fecha de colocación en el hogar de crianza temporal actual: _____	Nombre del proveedor de cuidado actual:			Relación con el niño:
Dirección del proveedor de cuidado actual:	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

4. REPRESENTANTE AUTORIZADO Y DIRECCIÓN POSTAL (NAME/ADDR 01/optional for AREP)

Nombre del representante autorizado (trabajador o padre adoptivo) (Primer nombre, Segundo, Apellido):	Título/Relación con el niño:	Número de teléfono		
Dirección del representante: Número, Calle (escribala como el domicilio del niño)	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal actual (Si no es la anterior: el departamento local para un niño en crianza temporal o dirección postal del padre adoptivo) (Número, Calle) (Ciudad)		(Estado)	(Código postal)	

Mi firma abajo significa que la información en esta aplicación es cierta y correcta hasta donde yo sé.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO	FECHA
---	-------

5. INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO (CLRE/STAT/DEM1/DEM2/SSNA/ALAS)

¿Es residente de MD? (Sí o No)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	¿Es ciudadano de EE. UU.? (Sí o No)	SEXO	RAZA	¿ESTÁ EN LA ESCUELA? (Sí o No)	ÚLTIMO GRADO COMPLETADO	Nombre de la escuela: _____ Dirección de la escuela: _____
								(Marque uno) Va a la escuela: ____ Tiempo completo ____ Medio tiempo ____ Menos de medio tiempo ____ No está en la escuela (Marque uno) Nivel escolar: ____ Primaria ____ Secundaria ____ Universidad ____ Otro: _____

6. CIUDADANÍA/ SITUACIÓN MIGRATORIA (DEM2/ALAS)

Si el niño **no es** ciudadano de los Estados Unidos (incluyendo un ciudadano naturalizado), llene esta sección. Pida una copia de la tarjeta de residente u otro documento que indique la situación de extranjero. **ESTA INFORMACIÓN NO SERÁ COMPARTIDA CON EL INS.**

Agencia de reasentamiento: Situación: Extranjero legal Fecha de situación legalizada: _____ Extranjero ilegal Niño nacido en EE. UU de un refugiado	Número y verificación del INS	¿Es un(a) inmigrante patrocinado? Sí No	País de origen
	Fecha de entrada del INS:	Número y verificación del INS:	

7. SEGURO MÉDICO (DEM2/TPL1)

¿El niño tiene cobertura de Medicare? NO SÍ NO SABE # de Medicare: _____

¿Tiene derecho a Medicare Parte A? NO SÍ NO SABE

¿El niño tiene seguro de salud privado? NO SÍ NO SABE Si le respuesta es Sí, llene la sección abajo. Anexe una copia de cada lado de la tarjeta del seguro de salud.

NÚMERO DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD 1

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	Relación con el niño	NÚMERO DE PÓLIZA	NUMERO DE GRUPO	Fecha de vigencia
DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA				
Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono				

COMPAÑÍA DE SEGURO / SEGURO DEL SINDICATO

Nombre de la compañía de seguros

Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
--------	-------	--------	--------	---------------	----------

NÚMERO DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD 2

TITULAR DE LA PÓLIZA	Relación con el niño	NÚMERO DE PÓLIZA	NUMERO DE GRUPO	Fecha de vigencia
DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA				
Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono				

COMPAÑÍA DE SEGURO / SEGURO DEL SINDICATO

Nombre de la compañía de seguros

Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
--------	-------	--------	--------	---------------	----------

10. No complete esta sección para los niños en el programa de adopción subsidiada. INFORMACIÓN SOBRE MANUTENCIÓN DE MENORES – Complete esta sección para un niño que tiene un padre ausente o fallecido, los derechos parentales no han terminado. Llene una sección por separado para el padre ausente o el fallecido.

#1	INFORMACIÓN DEL PADRE AUSENTE (MAMÁ u otro: _____)				<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Fallecido
Nombre del padre ausente (Primero, Segundo, Apellido)			Otro nombre (de soltera, otro):		Marque uno: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Fallecido Fecha de la muerte:	
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES AL NACER EL NIÑO						
<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Viudos <input type="checkbox"/> Nunca se casaron						
Número del Seguro Social		Otro nombre		Fecha de nacimiento	Edad	Raza Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Última dirección conocida del padre ausente	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Dirección anterior del padre ausente	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Licencia de conducir: Estado y número de las placas			Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)			
Servicio Militar actual/anterior		¿Paga asignación militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Rama militar	
Fechas: Desde: Hasta:		Si responde Sí, ¿a quién?				
Encarcelado			Nombre de la institución			
<input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Nunca						
INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS DEL PADRE AUSENTE						
Último empleador conocido	Nombre y dirección:	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal Teléfono
Segundo empleador	Nombre y dirección:	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal Teléfono
Otros ingresos/beneficios: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión de veteranos <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Pensión/Retiro <input type="checkbox"/> Beneficios (unión) <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál?						
INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN DE LA CORTE AL PADRE AUSENTE						
¿Paga manutención?	¿A quién?			Última fecha en que pagó	Cantidad que pagó	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
¿Orden de la corte?	Si responde Sí, ¿dónde fue emitida la orden de la corte?				¿Puede darnos una copia?	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

#2	INFORMACIÓN DEL PADRE AUSENTE (AP) (PAPÁ u otro: _____) (DEM1/APID/APAD/APDE/APEM)				
Nombre del padre ausente (Primero, Segundo, Apellido)		Otro nombre:		Marque uno: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Fallecido Fecha de la muerte:	
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES AL NACER EL NIÑO <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Viudos <input type="checkbox"/> Nunca se casaron					
Número de Seguro Social		Otro nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Raza <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Última dirección conocida del padre ausente	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal Teléfono
Dirección anterior del padre ausente	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal Teléfono
Licencia de conducir: Estado y número de las placas			Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)		
Servicio Militar actual/anterior Fechas: Desde: Hasta:		¿Paga asignación militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde Sí, ¿a quién?		Rama militar	
Encarcelado <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Nunca			Nombre de la institución		
INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS DEL PADRE AUSENTE					
Último empleador conocido	Nombre y dirección:	Número	Calle	Ciudad	Estado Código postal Teléfono
Segundo empleador	Nombre y dirección:	Número	Calle	Ciudad	Estado Código postal Teléfono
Otros ingresos/beneficios: <input type="checkbox"/> Social Security <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión de veteranos <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Pensión/Retiro <input type="checkbox"/> Beneficios (unión) <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> Desempleo					
INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN DE LA CORTE AL PADRE AUSENTE					
¿Paga manutención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿A quién?		Última fecha en que pagó	Cantidad que pagó	
¿Orden de la corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Si responde Sí, ¿dónde fue emitida la orden de la corte?			¿Puede darnos una copia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

Para ser completado por el representante de IV-E:

___ Crianza temporal ___ Adopción subsidiada ___ Compacto Interestatal, Estado: _____ ___ SSI

___ Elegible para IV-E ___ No elegible para IV-E ___ Estado de IV-E no determinado aún

Firma del especialista de IV-E: _____ Fecha: _____

Para ser completado por el administrador de casos de Asistencia Médica:

___ E01 ___ crianza temporal, elegible para IV-E o SSI, cumple los criterios técnicos de elegibilidad de MA
 ___ adopción subsidiada, elegible para IV-E o SSI, cumple los criterios técnicos de elegibilidad de MA

___ E02 ___ crianza temporal, no elegible para IV-E o SSI, cumple los criterios técnicos de elegibilidad de MA
 ___ adopción subsidiada con necesidades especiales médicas/salud mental/rehabilitación, no elegible para IV-E, cumple los criterios técnicos de elegibilidad de MA

___ E03 ___ otra crianza temporal, no elegible para IV-E, cumple los criterios técnicos de elegibilidad de MA

___ E04 ___ otra adopción subsidiada, no elegible para IV-E, sin necesidades especiales, cumple los criterios técnicos de elegibilidad de MA

Firma del administrador de casos de Asistencia Médica: _____ Fecha: _____

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS

DERECHO A RECIBIR AVISOS/NOTIFICACIONES POR ESCRITO – Nosotros debemos notificarle por escrito explicando los beneficios que recibirá cuando aprobemos su caso. También debemos notificarle por escrito cuando cambiemos sus beneficios, le neguemos o cerremos su caso. Usted tiene 90 días, a partir de la fecha de la notificación para solicitar una audiencia. Si usted solicita una audiencia en un plazo de 10 días, es posible que pueda seguir recibiendo beneficios mientras espera la audiencia.

DERECHO A APELAR – Solicite una audiencia si no está de acuerdo con la decisión del Departamento. El administrador de su caso puede ayudarle a escribir su apelación. En la audiencia, usted puede hablar por sí mismo o traer a un abogado, amigo o pariente para que hable por usted.

IGUALDAD DE DERECHOS – Las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) establecen que no lo podemos discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o discapacidad. Según la ley de SNAP y la política del USDA, tampoco lo podemos discriminar por su religión o creencias políticas.

Si usted cree que se le ha discriminado, comuníquese con el USDA o el HHS. Para comunicarse con el USDA escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250- 9410. También puede llamar gratis al (202)720-5964 (voz y TDD). Escriba al HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506F, 200 Independence Avenue, S.W Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619- 3257 (TDD). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

DERECHO A LA PRIVACIDAD – Usted está dando información personal en la solicitud. Nosotros usamos la información para ver si usted es elegible para recibir beneficios. Si usted no nos da la información, podemos negarle su solicitud. Usted tiene derecho a revisar, cambiar o corregir cualquier información. Nosotros no mostraremos su información ni se la daremos a otros, a menos que usted nos dé permiso o la ley federal y estatal nos lo permita.

DERECHO A RECLAMAR POR UNA BUENA CAUSA – Si desea asistencia temporal en efectivo (TCA), debe ayudar al Departamento a obtener manutención infantil. Si hacerlo lo pone a usted o a su familia en peligro, no tendría que ayudar.

DERECHO A RECHAZAR LA AYUDA – Usted no tiene que aceptar ayuda de una organización religiosa, si está en contra de sus creencias religiosas.

USTED TIENE LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES

SUMINISTRAR INFORMACIÓN – Usted debe suministrar información cierta y completa. Es posible que deba darnos una prueba de esta información. Nosotros mantendremos esta información confidencial.

La recopilación de información de la solicitud, incluido el número de seguro social de cada miembro del hogar, está autorizada por la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008, U.S.C.2011-2036, la Ley de Seguridad Social 1137(f) y 42 U.S.C. 1320b-7(d). Nosotros usamos la información para saber si su hogar es elegible y comprobamos la información haciendo coincidir los programas informáticos.

También utilizamos la información para ver si usted cumple con las reglas del programa. Nosotros podemos contactar a su empleador, banco u otra parte. También podemos comunicarnos 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 necesitan para encontrar a personas que están huyendo de la ley.

Si usted recibe demasiado en beneficios, Podríamos dar la información de la solicitud, incluyendo los números del seguro social, a agencias federales o estatales, así como a agencias de cobranzas, para que tomen medidas.

Dar información es voluntario pero si usted no nos da información como los números de seguro social de todas las personas que desean ayuda, podríamos negarle los beneficios a cada persona que no nos dé un número de seguro social. Si no tiene un número de seguro social, le ayudaremos a obtener uno.

REPORTAR CAMBIOS – Usted debe reportar cualquier cambio en un plazo de 10 días a menos que usted sea parte del grupo de informe simplificado del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y no esté recibiendo Asistencia en Efectivo o Asistencia Médica. Para saber si es parte de este grupo, pregúntele al administrador de su caso. Puede reportar al Departamento cualquier cambio en persona, por teléfono o por correo.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

ADVERTENCIA – SI USTED NOS PROPORCIONA INFORMACIÓN INCORRECTA O NO REPORTA CAMBIOS, LE PODEMOS NEGAR, REDUCIR O SUSPENDER SUS BENEFICIOS. SI USTED DA INFORMACIÓN INCORRECTA DELIBERADAMENTE O NO REPORTA CAMBIOS, UN JUEZ PODRÍA MULTARLO Y/O ENCARCELARLO.

PENALIDADES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP) – Los miembros de un hogar no deben:

- Proporcione información falsa ni retenga información para obtener o continuar recibiendo beneficios de SNAP
- Comercie ni venda beneficios de SNAP o tarjetas de beneficios electrónicos.
- Use beneficios de SNAP para comprar artículos no permitidos, como alcohol y tabaco.
 - Use los beneficios de SNAP de otra persona.
 - Use la tarjeta de beneficios electrónicos (EBT) de alguien más sin autorización.

Sus beneficios de SNAP no aumentarán si su asistencia en efectivo es reducida o suspendida porque usted no siguió las reglas. Si un miembro del hogar viola las reglas deliberadamente, podríamos prohibir que la persona reciba beneficios de SNAP.

- Podríamos prohibir que esta persona reciba beneficios durante **un año**, después de la primera infracción.
- Podríamos prohibir que esta persona reciba beneficios por **dos años**:
 - * Después de la segunda infracción, o
 - * Después de la primera vez, un tribunal encuentra culpable a esta persona de comprar drogas ilegales con beneficios de SNAP.
- Podríamos prohibir que esta persona reciba beneficios **permanentemente**:
 - * Después de la tercera infracción, o
 - * Después de la segunda vez, un tribunal encuentra culpable a esta persona de comprar sustancias prohibidas con beneficios de SNAP, o
 - * Después de la primera vez, un tribunal encuentra culpable a esta persona de comprar armas, balas o explosivos con beneficios de SNAP.
 - * Después de que un tribunal encuentre culpable a esta persona de traficar beneficios de SNAP por \$500 o más.

Podríamos prohibir que esta persona reciba beneficios durante **10 años** si es hallada culpable de hacer una declaración falsa sobre la identidad de la persona con el fin de recibir múltiples beneficios al mismo tiempo.

- Un juez también puede multar a esta persona hasta por \$250,000, enviarla a prisión hasta por 20 años o ambas. Un juez también podría prohibir que esta persona reciba beneficios por 18 meses adicionales. La persona también podría tener que afrontar otro juicio bajo otras leyes federales.

PENALIDADES DE TCA – Si un miembro de la unidad de asistencia es condenado por una violación intencional del programa (IPV), todos los miembros de su familia perderán sus beneficios.

- La primera vez, usted perderá los beneficios por **6 meses** o hasta que usted devuelva todo el dinero.
- La segunda vez, usted perderá los beneficios por **12 meses** o hasta que usted devuelva todo el dinero.
- La tercera vez, **usted no podrá volver a recibir beneficios de TCA.**

ADVERTENCIA Y PENALIDAD DE MEDICAID - Solo use tarjetas de Asistencia Médica, si es elegible.

Toda persona condenada por "Fraude contra 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, los servicios o los bienes; o el valor de esos servicios o bienes recibidos ilegalmente;
2. Recibir una multa de no más de \$10,000, encarcelamiento por no más de cinco años, o ambos.

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

3. Devolver el dinero, los servicios o los bienes; o el valor de esos servicios o bienes recibidos ilegalmente;
4. Recibir una multa de máximo \$1,000, encarcelamiento por un máximo de tres años o ambos.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR:

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

Sé que me pueden castigar por no reportar cambios que puedan afectar mi elegibilidad o la cantidad del beneficio.

Entiendo que si recibo más beneficios del programa de SNAP de los que debería, todos los miembros adultos de mi hogar serán responsables de pagar la deuda.

Sé que el Departamento puede usar la solicitud en mi contra en un tribunal para juzgarme por fraude.

Sé que no reportar o verificar los gastos de vivienda, cuidado médico o cuidado de dependientes o los pagos de manutención infantil es igual a decir que no quiero una deducción por los gastos que no verifiqué ni reporté.

Entiendo que el Departamento podría seleccionar mi caso para una verificación al azar.

Estoy de acuerdo con permitir que alguien del departamento me visite en casa. Les ayudaré a obtener todas las pruebas necesarias de cualquier fuente.

Entiendo que al firmar esta solicitud, acepto recibir asistencia en efectivo y/o asistencia médica y:

Estoy de acuerdo en que la Parte B de Medicare hará pagos directamente a los médicos y proveedores médicos.

Doy al Departamento el derecho de solicitar el pago de un seguro médico privado o público y de cualquier tercero responsable. Entiendo que debo cooperar con el departamento para asegurar tales pagos. El Departamento podría solicitar el pago sin acción legal, siempre y cuando no retenga más de la cantidad pagada por asistencia médica.

Doy al Departamento el derecho de inspeccionar, revisar y copiar todos los registros 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 del patrimonio para devolver los pagos realizados en nombre de esa persona. El programa puede tomar el dinero sólo si no hay un cónyuge sobreviviente, un hijo soltero menor de 21 años, o un hijo ciego o con una discapacidad (casado o soltero) de cualquier edad.

SECCIÓN DE FIRMAS

He leído o alguien me ha leído y ha explicado toda la solicitud. Juro o declaro bajo pena de perjurio, que toda la información que di es cierta, correcta y completa según mi capacidad, creencia y conocimiento. Yo recibí una copia de mis derechos y responsabilidades. Autorizo a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que conozca los hechos sobre mi elegibilidad para 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 prueba de mi elegibilidad para recibir beneficios. Yo certifico, bajo pena de perjurio, que al firmar mi nombre abajo, todas las personas para las que estoy solicitando son ciudadanos estadounidenses, inmigrantes admitidos legalmente.

Firma del aplicante / beneficiario	Fecha
Firma del testigo (Si usted firmó con una X)	Fecha
Firma del cónyuge (Si es aplicable)	Fecha
Firma del representante autorizado (Si es aplicable)	Fecha
Firma del administrador del caso	Fecha
Retiro mi aplicación para: <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Asistencia Médica	
Firma del aplicante / beneficiario / representante autorizado	Fecha

ASIGNACIÓN DE LOS DERECHOS DE MANUTENCIÓN PARA LA ASISTENCIA TEMPORAL EN EFECTIVO

- Asigno al Estado de Maryland todos los derechos, títulos e intereses de la manutención que pueda tener para mí o para cualquier persona que reciba TCA, recibido desde el momento en que firmo este acuerdo hasta que finalice mi asistencia.
- Esto incluye cualquier pago de manutención atrasado que no haya sido recibido.
- Acepto que la agencia de manutención de menores cobre cualquier pago de manutención que se me adeude y que retenga la cantidad que se me pagó de TCA.
- Acepto enviar al Estado de Maryland cualquier pago de manutención que reciba. Si no entrego este pago de manutención, tendré que devolver esta cantidad al estado de Maryland. También se me podría procesar por fraude.

Si soy elegible para recibir Asistencia Médica:

- Asigno todos los derechos, títulos e intereses de ayuda médica y los pagos de seguro médico que pueda tener para mí o cualquier persona que reciba Asistencia Médica. Esto incluye ayuda médica atrasada o pagos de seguro de salud que no se han cobrado.
- Acepto que la agencia de manutención de menores cobre los pagos de ayuda médica que se me adeudan y que retenga la cantidad de los pagos de Asistencia Médica que se hicieron por mí.
- Acepto darle al Estado de Maryland cualquier ayuda médica o pagos de seguro médico que yo reciba.
- Cooperaré de la mejor que pueda y sepa con la agencia de manutención de menores mientras yo esté recibiendo TCA y Asistencia Médica.
- Si no coopero con la agencia de manutención de menores, podría perder todos mis beneficios y mi caso podría ser cerrado.

HE LEÍDO ESTAS DECLARACIONES O ALGUIEN ME LAS HA LEÍDO Y ENTIENDO LO QUE SIGNIFICAN. AL FIRMAR MI NOMBRE ABAJO, ACEPTO CUMPLIR LO QUE DICE EL DOCUMENTO.

Firma

Fecha