

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS

**DERECHO AL AVISO POR ESCRITO** – En cuanto se haya aprobado su caso, se le debe dar siempre un aviso por escrito que explique sus beneficios. También se le debe dar siempre un aviso por escrito cuando estos beneficios sean alterados, o cuando su caso sea rechazado o se cierre. Dispone de 90 días a partir de la fecha del aviso para solicitar una audiencia. Si solicita la audiencia dentro de 10 días, puede seguir recibiendo sus beneficios mientras la espera.

**DERECHO DE APELACIÓN** – Puede solicitar una audiencia si no está conforme con la decisión del Departamento. Su gestor de caso puede ayudarle a redactar la apelación. Durante la audiencia, puede hablar por cuenta propia o llevar un abogado, amigo, o pariente que hable por usted.

**IGUALDAD DE DERECHOS.** Las leyes federales y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) constatan que no podemos discriminarle por su raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Bajo la Ley de Alimentos y Nutrición y la política del USDA, tampoco podemos discriminarle por sus creencias políticas o religión.

**Si usted cree que nosotros le hemos discriminado, póngase en contacto con USDA o HHS. Escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410. También puede llamar sin cargo al 1-866-632-9992 (voz). Los usuarios de TDD pueden comunicarse con USDA por servicio de telefonía local o por servicio de telefonía federal al 1-800-877-8339 (TDD) o al 1-866-377-8642 (usuarios de voz). También puede escribir al HHS, Office for Civil Rights, Health and Human Services, 150 S. Independence Mall West – Suite 372, Philadelphia, PA 19106-3499. Puede llamar al HHS sin cargo al 1-800-368-1019 (voz) o al 1-800-537-7697 (TDD). También puede enviar un e-mail a [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov). Como proveedores y empleadores, USDA y HHS ofrecen igualdad de derechos.**

**Para el Programa de Cupones de Alimentos, si usted necesita esta información en un formato distinto (Braille, letra grande, grabación sonora, etc.), comuníquese con el Centro TARGET de USDA al 202-720-2600 (voz o TDD). Si necesita información acerca de este programa, actividad o servicio en un idioma que no sea inglés, comuníquese con la agencia USDA responsable del programa o actividad, o con cualquier oficina de USDA.**

**DERECHO A LA PRIVACIDAD.** Con esta solicitud, usted nos está entregando datos personales. Utilizamos esta información para averiguar su elegibilidad en cuanto a posibles derechos. Si no nos da los datos necesarios, podemos rechazar su solicitud. Tiene el derecho de revisar, cambiar o corregir cualquier dato. No podemos mostrar sus datos a terceros o entregárselos, a menos que usted nos dé permiso o cuando las leyes estatales y federales nos lo permitan.

**DERECHO DE EXIGIR “BUENA CAUSA”.** Si requiere Asistencia Provisional en Efectivo (TCA), debe ayudar al Departamento para que procure subsidio de menores. Es posible que no tenga que ayudarnos en caso de que corran peligro usted o su familia.

**DERECHO DE RECHAZAR AYUDA.** Usted no tiene que aceptar la ayuda de una organización religiosa si va en contra de sus creencias religiosas.

**DERECHO A UNA TRAMITACIÓN PUNTUAL DE SU SOLICITUD** – Si usted es elegible para los beneficios agilizados del Programa de Cupones de Alimentos, debemos otorgarle los beneficios dentro de 7 días. Para el Programa de Cupones de Alimentos regular y otros programas, excepto ciertos programas de Asistencia Médica, debemos procesar su solicitud dentro de 30 días. A veces hay un retraso en la tramitación. Si lo hay, le enviaremos una carta dándole a conocer por qué existe un retraso en la tramitación de su solicitud.

**USTED TIENE LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES**

**ENTREGAR DATOS.** Debe entregarnos datos completos y fidedignos. Es posible que tenga que mostrar evidencia para respaldar esta información. Mantendremos la confidencialidad de sus datos. Todo retraso en entregar evidencia puede resultar en la postergación o denegación de su caso.

Estamos autorizados a recoger datos que incluyen el número de seguro social de cada miembro del hogar, para estas solicitudes por la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 ,U.S.C. 2011-2036, la Ley de Seguro Social §1137 (f) y 42 U.S.C. §1320b-7 (d). Utilizamos esta información para averiguar si su hogar es elegible o no. Revisamos esta información verificándola por medio de distintos programas de computadora.

También utilizamos esta información para averiguar si usted está cumpliendo con las reglas del programa. Podemos ponernos en contacto con su empleador, banco, o alguna otra persona. También podemos ponernos en contacto con las agencias locales, estatales o federales para confirmar que sus datos sean correctos. Podemos entregar sus datos a otras agencias federales o estatales para usos oficiales y también a aquellos oficiales de seguridad pública que los necesiten para encontrar a personas que huyen de la ley.

Si recibe demasiados beneficios:

- Es posible que tenga que reembolsar el dinero de los beneficios, y
- Podemos entregar los datos de su solicitud, los cuales incluyen los números de seguro social, a las agencias federales o estatales tanto como las agencias de recaudación de fondos para que éstas tomen las medidas necesarias.

Usted nos entrega esta información bajo su propia voluntad. Si no nos da ciertos datos, tales como los números de seguro social de todos los que desean asistencia, podemos negar beneficios a cada persona que no dé su número de seguro social. Si no tiene un número de seguro social, le ayudaremos a conseguir uno.

**INFORMAR SOBRE LOS CAMBIOS.** Debe informarnos sobre cualquier cambio dentro de los diez (10) días, a menos que tenga un empleo y forme parte del grupo de informes simplificados para Cupones de alimentos, siempre y cuando no reciba Asistencia Médica o Asistencia en Efectivo. Para saber si forma parte de este grupo o no, debe preguntar a su gerente de caso. Puede avisarnos sobre cualquier cambio en persona, por teléfono, o por correo, dirigiéndose al Departamento.

**AVISO – Podemos negar, reducir o descontinuar sus beneficios si nos proporciona información incorrecta o si no nos informa sobre cualquier cambio. Puede ser multado/a o encarcelado/a por un juez si nos entrega datos falsos o nos deja de informar sobre los cambios deliberadamente.**

**REPRESENTANTES AUTORIZADOS –** En la mayoría de los casos, si su representante autorizado nos entrega información incorrecta, usted tendrá que reembolsar la suma que se le pagó de más. Si su representante autorizado nos entrega información incorrecta a sabiendas o no utiliza sus beneficios de forma apropiada, podemos descalificar a esta persona.

Si un centro de rehabilitación de drogas o alcohol o un grupo de arreglo de alojamiento actúa como su representante autorizado para sus beneficios de alimentación y nos dan información incorrecta deliberadamente acerca de su situación, podemos procesar judicialmente a esta persona bajo la ley federal o estatal.

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### SANCIÓN DE CUPONES DE ALIMENTOS.

#### Los miembros del hogar no pueden:

- Dar datos falsos o retener información con el fin de obtener o seguir recibiendo cupones de alimentos
- Intercambiar o vender cupones de alimentos o tarjetas electrónicas de beneficios.
- Utilizar los cupones para alimentos para comprar bienes no permitidos, tales como alcohol y tabaco.
- Utilizar los beneficios de cupones de alimentos de otra persona.
- Utilizar la Tarjeta Electrónica de Beneficios de otra persona sin autorización previa.

Sus cupones de alimentos no aumentarán si su caso de asistencia en efectivo se limita o se cierra porque usted dejó de cumplir con las reglas.

Si un miembro del hogar viola las reglas deliberadamente, podemos excluir a esa persona del Programa de cupones para alimentos.

- Podemos excluir a dicha persona durante **un año** a partir de la primera violación.
- Podemos excluir a dicha persona durante **dos años**:
  - \* Después de la segunda violación, o
  - \* Después de la primera ocasión en que la corte encuentre a esa persona culpable de haber comprado drogas ilegales con sus Cupones de Alimentos.
- Podemos excluir a dicha persona **indefinidamente**:
  - \* Después de la tercera violación, o
  - \* Después de la segunda ocasión en que la corte encuentre a esa persona culpable de haber comprado drogas ilegales con los cupones de alimentos, o
  - \* Después de la primera ocasión en que la corte encuentre a esa persona culpable de haber comprado armas, balas o explosivos con los cupones de alimentos.
  - \* Después de que la corte encuentre a esta persona culpable de traficar con beneficios de cupones de alimentos de un valor igual o mayor a \$500 dólares.
- Podemos excluir a dicha persona del programa durante un periodo de **diez (10) años** si se le encuentra culpable de haber hecho una afirmación falsa sobre su identidad para recibir múltiples beneficios de forma simultánea.
- **Un juez también puede multar a esta persona por una cantidad no mayor a \$250 mil dólares, encarlarla durante 20 años o menos, o ambas cosas. Un juez también puede excluir a esta persona del programa durante 18 meses adicionales. Es posible que la persona en cuestión tenga que enfrentar procesos adicionales bajo otras leyes federales.**

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

**SANCIÓN DE ASISTENCIA PROVISIONAL EN EFECTIVO (TCA). Si un miembro de una unidad de asistencia es convicto por una Infracción Intencional del Programa (IPV), todos los miembros de su familia perderán sus beneficios.**

- En la primera ocasión, perderá sus beneficios **durante 6 meses** o hasta que reembolse todo el dinero.
- En la segunda ocasión, perderá sus beneficios durante **12 meses** o hasta que reembolse todo el dinero.
- En la tercera ocasión, ya no podrá recibir más beneficios TCA.

**AVISO Y SANCIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA (MEDICAID). Solo en caso de ser elegible podrá utilizar tarjetas de Asistencia Médica.**

Cada persona convicta de un "Fraude de Asistencia Médica" en dinero, bienes, o servicios valorados en **\$500** o más es culpable de un delito mayor, y debe:

1. Reembolsar los servicios, bienes, o dinero; o el valor de aquellos servicios o bienes que fueron recibidos ilegalmente;
2. Tendrá una multa no mayor a \$10,000, cárcel durante no más de cinco años, o ambas cosas.

Cada persona convicta de un "Fraude de Asistencia Médica" en dinero, bienes, o servicios valorados en \$500 dólares o menos es culpable de un delito menor, y debe:

1. Reembolsar los servicios, bienes, o dinero; o el valor de aquellos servicios o bienes que recibió ilegalmente; y
2. Sujetarse a una multa no mayor a \$1,000, ser encarcelado durante no más de tres años, o ambas cosas.

### **LEER ANTES DE FIRMAR:**

Comprendo que es importante dar información verídica y que, si no lo hago, estoy quebrantando la ley.

Comprendo que puedo ser multado/a, encarcelado/a o estar sujeto/a a una reducción de beneficios si hago declaraciones falsas o si pretendo ser otra persona.

También comprendo que puedo ser castigado/a en caso de no dar información sobre aquellos cambios que pueden afectar mi elegibilidad o la cantidad de mis beneficios.

Comprendo que si recibo más beneficios de cupones de alimentos de los que debo recibir, todos los miembros adultos de mi hogar tienen la obligación de reembolsar la deuda.

Comprendo que el Departamento puede utilizar esta solicitud en mi contra en la corte durante un proceso legal sobre un supuesto fraude.

Comprendo que dejar de verificar o informar sobre los gastos médicos, de vivienda, o para el mantenimiento de dependientes es equivalente a decir que no quiero la deducción que corresponde a aquellos gastos sobre los cuales no he verificado o informado.

Comprendo que el Departamento puede verificar la información contenida en este formulario para comprobar que es correcta y que puede seleccionar mi caso para llevar a cabo una comprobación en sitio, como por ejemplo un Informe de control de calidad.

Acepto que alguien del Departamento me visite en casa. Les ayudaré para que obtengan todas las pruebas necesarias de cualquier fuente.

Comprendo que al firmar esta solicitud:

- acepto la asistencia pública y/o médica.
- Acepto que la Parte B de la Asistencia Médica (Medicare Part B) pagará directamente a los médicos y proveedores de medicinas.
- Concedo al Departamento el derecho de procurar los pagos del seguro médico privado o público, o de cualquier otra parte responsable. Comprendo que debo cooperar con el Departamento en la procuración de estos pagos. El Departamento puede exigir pagos sin recurrir a las acciones legales, siempre y cuando no se quede con una cantidad mayor de la que haya pagado antes la Asistencia Médica (Medicaid).
- Concedo al Departamento el derecho de inspeccionar, revisar y fotocopiar todos los registros médicos para servicios que recibe a través del Programa de Asistencia Médica.

Comprendo que cuando una persona de 55 años o más muere mientras recibe Asistencia Médica, el estado puede apropiarse del dinero de su herencia para saldar los pagos hechos de parte de dicha persona. El programa puede apropiarse estos fondos solamente en caso de que no haya esposo/a, hijo/a menor de 21 años o hijo/a discapacitado o ciego/a (casado/a o soltero/a) de cualquier edad.

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### SECCIÓN DE FIRMAS

Comprendo que, según lo estipulado por la ley de Maryland, algunas agencias del orden público que investigan fraudes pueden obtener información acerca de mi solicitud, mis ingresos, beneficios y otra documentación como parte de su investigación. Aunque el acceso a mi solicitud y a la información de mis beneficios es, por lo general, limitado (según el Artículo § 1-201 del Código Md. Ann. Recursos Humanos), esos límites no aplican a estas agencias de investigación. Estas agencias incluyen la Oficina del Inspector General del Departamento de Recursos Humanos. Entiendo que no necesito dar mi consentimiento a estas agencias para que puedan investigar cualquier alegato de fraude en mi contra. Toda información que se encuentre como resultado de la investigación puede utilizarse en mi contra si es que el alegato de fraude prosigue judicialmente.

He leído esta solicitud completa, u otra persona la ha leído y me la ha explicado. Juro o declaro bajo pena de perjurio que toda la información que he dado es correcta, fidedigna y completa hasta el alcance de mis habilidades, creencias y conocimientos. He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades. Autorizo a cualquier persona, sociedad, empresa, asociación o agencia de gobierno que conozca hechos acerca de mi elegibilidad para entregarlos al Departamento. También autorizo al Departamento para que se ponga en contacto con cualquier persona, sociedad, empresa, asociación o agencia de gobierno que haya dado pruebas de mi elegibilidad en cuanto a estos beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio, que al firmar mi nombre y apellido aquí abajo, todas las personas de cuya parte solicito esta ayuda son ciudadanos de los Estados Unidos o inmigrantes cuya estancia en este país es legal.

Firma del Apicante / Recipiente		Fecha
Firma del Testigo (En caso de que haya firmado con .X.)		Fecha
Firma del Esposo/a (Si corresponde)		Fecha
Firma de Representante Autorizado (Si corresponde)		Fecha
Firma del Gerente de Caso		Fecha
<b>Retiro mi solicitud para:</b> <input type="checkbox"/> <b>Asistencia en Efectivo</b> <input type="checkbox"/> <b>Programa de cupones para alimentos</b> <input type="checkbox"/> <b>Asistencia Médica</b>		
Firma del Apicante/Recipiente/Representante Autorizado		Fecha

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### **ASIGNACIÓN DE DERECHOS DE APOYO PARA ASISTENCIA PROVISIONAL EN EFECTIVO (TCA)**

- Asigno al Estado de Maryland cualquier derecho, título o interés relacionado con la asistencia, que disponga de mi cuenta o de la de cualquier otra persona que recibe la Asistencia Provisional en Efectivo (TCA).
- Esto incluye cualquier pago retrasado para el mantenimiento de dependientes que no se haya recaudado.
- Acepto que la agencia para el mantenimiento de dependientes recaude cualquier asistencia que se me debe y retenga una cantidad no mayor a la de la Asistencia Provisional en Efectivo (TCA) que se me pagó.
- Acepto enviar al Estado de Maryland cualquier asistencia que reciba. Si no entrego dicha asistencia, tendré que reembolsar esa cantidad al Estado de Maryland. En tal caso, puedo ser procesado/a por fraude.

En caso de ser elegible para la Asistencia Médica:

- Asigno todos los derechos, títulos e intereses relacionados con los pagos para el apoyo médico y seguro de salud de que disponga de mi cuenta o cualquier otra persona que reciba Asistencia Médica. Esto incluye aquellos pagos de apoyo médico o seguro de salud retrasados que no hayan sido recaudados.
- Acepto permitir que la agencia de apoyo infantil recaude los pagos de asistencia médica que se me deben y retenga hasta la misma cantidad de aquellos pagos de Asistencia Médica que hicieron de mi parte.
- Acepto darle al Estado de Maryland cualquier pago de apoyo médico o de seguro de salud que reciba.
- Colaboraré lo mejor que pueda y hasta el alcance de mi conocimiento con la agencia de apoyo infantil mientras esté recibiendo la Asistencia Provisional en Efectivo (TCA) y la Asistencia Médica (Medicaid)
- Si no coopero con la agencia de asistencia infantil, es posible que pierda todos mis beneficios y que se cierre mi caso

**HE LEIDO ESTAS AFIRMACIONES U OTRA PERSONA ME LAS HA LEIDO. COMPRENDO SU SIGNIFICADO. AL FIRMAR ABAJO, ME COMPROMETO A SEGUIR TODO LO QUE DICEN.**

Firma

Fecha