Nebraska Health and Human Services System
SOLICITUD PARA ASISTENCIA

NEBRASKA HEALTH AND HUMAN SERVICES SYSTEM
DEPARTMENT OF SERVICES • DEPARTMENT OF REGULATION AND LICENSURE • DEPARTMENT OF FINANCE AND SUPPORT

INSTRUCCIONES: Por favor lea completamente la forma de solicitud incluyendo la explicación que comienza en la pagina 11. Escriba claramente sus respuestas. Esto constituye una solicitud válida una vez que usted escriba su nombre, dirección, firme y regrese la solicitud a su oficina local del Nebraska Department of Health and Human Services System (HHS) (Departamento de Salud y Sistema de Servicios Humanos de Nebraska (HHS). Usted puede tener a alguien que le ayude a completar ésta forma o puede contactar a su oficina local del HHS para recibir asistencia. Posiblemente habrá que tener una reunión con usted para procesar su solicitud.
Si usted necesita espacio adicional, por favor anexe una hoja de papel adicional e identifique que pregunta(s) está contestando.

Si usted necesita que le proporcionemos un intérprete marque aquí ❑ ¿Qué idioma? _____

❧• Si usted está solicitando el programa de estampillas de comida Y otros programas, complete TODOS los espacios ❧
❧• Si usted está solicitando solo el programa de Estampillas de Comida complete los espacios marcados con el logo ❧

❧ ¿QUE TIPO DE ASISTENCIA ESTA REQUIRIENDO? Marque todas las que solicite
❑ Dinero ❑ Servicios Públicos ❑ Médico ❑ Renta
❑ Comida ❑ Otro_____

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA NECESITA AYUDA DE CUALQUIERA DE LO SIGUIENTES? ❑ Sí ❑No
Marque todas las que solicite:
❑ Guardería Proveedor_____
❑ Razón para la guardería ❑ Necesita Proveedor
❑ Proveedor del Hogar (Quehaceres) ❑ Ama de casa (entrenamiento) ❑ Comidas
❑ Guardería de adulto ❑ Transporte ❑ Apoyo para proveedor cuidados (Respite)
❑ Otro (por favor explique):_____

❧Primer Nombre e inicial del Segundo	❧Apellido	❧Número de Seguro Social (ver Pág. 13)	
❧Dirección o instrucciones para llegar	❧Ciudad	❧Estado	❧Código Postal
❧Dirección Postal (si es diferente)	❧Ciudad	❧Estado	❧Código Postal
Teléfono de la casa( )		Teléfono celular/número de Beeper	
Nombre de soltera o nombres usados antes		Nombre de contacto y teléfono en caso de emergencia	

❧**OPCIONAL** - Indique la raza del jefe de familia. Seleccione todo los que aplique. El Titulo VI del Acto de los Derechos Civiles de 1964 nos permite preguntar esta información. Esta información no será utilizada para determinar la elegibilidad para asistencia. Si usted no nos proporciona esta información, esto no afectará su solicitud. Preguntamos esta información para asegurar que los beneficios son distribuidos sin considerar raza, color o nacionalidad. Si usted no pone alguna información el trabajador pondrá una respuesta en la raza y cuestiones étnicas.
❑ Indio Americano o Nativo de Alaska ❑ Asiático ❑ Negro o Afro-Americano
❑ Hawaiano nativo u otra Isla del Pacifico ❑ Blanco ❑ Otro_____
❑ ¿Se considera usted Hispano o Mexico-Americano? ❑ Sí ❑ No

COMPLETE LO SIGUIENTE SI TIENE UNA EMERGENCIA
¿Tiene una notificación de desalojamiento? ❑ Sí ❑ No
¿Han sido desconectados sus servicios públicos o tiene usted una notificación de desconexión? ❑ Sí ❑ No
¿Ya no tiene usted combustible de calentamiento (propano, aceite)? ❑ Sí ❑ No
❧¿Necesita comida de emergencia? ❑ Sí ❑ No
¿Tiene algún tipo de emergencia que amenace su salud o seguridad? Si la respuesta es "Sí" explique: ❑ Sí ❑ No

	PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE	
Fecha de la solicitud	Fecha de recepción	MC #
Fecha de envío postal	Fecha de entrevista	❑ Cara a cara ❑ Teléfono

NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED

Complete ésta página por usted mismo y para quienes viven con usted, aún si ellos no están solicitando. Si está viviendo en un asilo, pensión u otra residencia de grupo solo necesitan anotar su nombre y el de su esposa. Dependiendo del tipo de asistencia que ha pedido, el estado migratorio y los números de seguro social (NSS) podrían tener que verificarse.

El Programa de Estampillas de Comida: Esta solicitud le pide que nos notifique acerca de la ciudadanía y estado migratorio de los miembros de su familia.También se le pide que nos proporcione los números de seguro social, de cada uno de los miembros de su familia. No está obligado a proporcionar ésta información. Si algún familiar o miembros de su familia no desea solicitar para las estampillas de comida, ellos no necesitan proporcionar su NSS o estado migratorio. Si alguien en su familia no tiene NSS, podemos ayudarles a solicitar uno. Su solicitud no será demorada. Utilizamos los NSS para ayudarnos a verificar la información tal como el ingreso. No compartimos los NSS con el Servicio de Migración y Naturalización (INS). Para información futura con respecto a como usamos los NSS, vea la pagina 13. Si las personas en su familia optan por no darnos información acerca de su estado migratorio o NSS, su estado no será verificado por el INS o la Social Security Administration (Administración del Seguro Social).
Aun así ellos deben proporcionarnos la información necesaria para determinar la elegibilidad de las otras personas en su familia. Usted puede retractarse de pedir estampillas de comida para estas personas o puede retirar completamente de la solicitud.

☛ Nombre Lístese Usted primero	☛ Relación con Usted. Si no hay Relación escriba "NR"	☛ Fecha de Nacimiento Mes día Año	☛ Edad	☛ Sexo Masculino (M) Femenino (F)	☛ Número de Seguro Social	☛ ¿Es ésta personaciudadano de E.U.	☛¿Está la persona discapacitada	☛ ¿Ésta Persona come con su familia?	☛ Estado Civil

1. ☛ ¿Esta solicitando ayuda para alguien en su familia que esté embarazada?
❑ Sí ❑ No Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione la siguiente información:
Nombre _____ Fecha esperada de nacimiento _____

2. ¿Alguna de las personas que solicitan o reciben asistencia tiene un tutor, guardián o individuo actuando bajo carta poder? ❑ Sí ❑ No Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione la siguiente información:

Nombre del tutor, guardián o carta poder _____ Número telefónico ( ) _____
__

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____Código postal _____

¿De quién es el tutor, guardián o Carta poder? ¿Espera que el tutor o guardián reciba pago por sus servicios?
❑ Sí ❑ No Si la respuesta es "Sí", ¿Cuál es la cantidad?_____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

3. ☞ Para todos los niños de 18 años o menores (incluyendo los aún no nacidos, por favor proporcione la siguiente información para cada padre sin custodia:

Nombre del niño	Nombre del padre sin custodia	Dirección del padre sin custodia	Número de seguro social del padre sin custodia

3a. Por favor proporcione la siguiente información adicional de cada padre sin custodia:

Nombre del padre sin custodia	Fecha de nacimiento del padre sin custodia	Nombre y dirección del empleador del padre sin custodia	Nombre del padre sin custodia en el acta de nacimiento o del reconocimiento de paternidad

4a. ☞ ❑ Si ❑ No Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione la siguiente información:

Nombre	Nombre y dirección de la escuela	Grado

4b. ☞ ¿Cuál es el nivel más alto de estudios completado por los solicitantes de 16 años o mayores?

Nombre	Grado	Nombre	Grado

5. ☞ ¿Por favor indique su vivienda?:

❑ Vive en una casa – rentada/propia/hipotecada
❑ Renta un departamento, casa dúplex, casa triplex
❑ Renta de un cuarto
❑ Vive en un cuarto en una pensión
❑ Vive en hogar de familia adulta
❑ Centro de Rehabilitación para Discapacitados
❑ Vivienda con asistencia
❑ Asilo
❑ Centro de tratamiento para abuso de drogas o alcohol
❑ Refugio para esposas agredidas
❑ Casa de grupo, casa de crianza, institución de cuidado de niños
❑ Otro _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

6.¿Alguien en su familia de la edad de 20 años o menores necesita un examen médico o dental? ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta de "Sí" por favor liste el nombre(s):_____

NOTA: **Chequeos médicos:** Todas las personas de 20 años o menores que sean elegibles para Medicaid son elegibles para recibir chequeos dentales cada seis meses y se recomienda que lo hagan; los chequeos médicos a los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15 y 18 meses de edad, anualmente de las edades de 2 hasta los 6 años de edad, y cada 3 años para los de 7 a los 10 años y anualmente para las edades de 11 a 20. Contacte a la oficina local de HHS si es que necesita ayuda para transportación o para hacer una cita.

7. ¿Con el fin de recibir asistencia de guardería, estoy de acuerdo en que mi hijo o hijos sean vacunados de acuerdo con los requisitos de inmunización del estado?: ❑ Sí ❑ No Si usted marcó que No, por favor encierre en un círculo la razón aquí abajo.

1.- Mis creencias religiosas no permiten la vacunación; o
2.- La condición médica de mi hijo seria perjudicada con la vacunación (Esto requiere una declaración del doctor.)

8. ¿Quién es su doctor?

Servicios de nutrición: El programa WIC proporciona información de nutrición, orientación para amamantar, comida saludable sin costo y referencias a otros programas de salud y servicios comunitarios y agencias. WIC ayuda a las mujeres que están embarazadas, amamantando o que recientemente han tenido un bebé y a niños desde su nacimiento hasta los 5. Si usted está interesado, su oficina local HHS puede decirle como contactar a la agencia local WIC en su área. Usted puede hablar a la oficina WIC de Nebraska al 1-800-942-1171.

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE – NO ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO

¿Dio al cliente el folleto que explica el Chequeo Médico? ❑ Sí ❑ No

¿El cliente entendió el folleto? ❑ Sí ❑ No

9. ☞ ¿Alguna persona en su hogar tiene?:
(Si necesita más espacio, por favor anexe otra hoja de papel)

	S	N	¿Quién?	Cantidad	Institución financiera	Número de Cuenta
Efectivo						
Cuenta de Cheques # 1						
Cuenta de Cheques # 2						
Cuenta de Cheques # 3						
Cuenta de Ahorros #1						
Cuenta de Ahorros #2						
Cuenta de Ahorros #3						
Cuenta de la unión de crédito						
Cuenta de asilo						
Inversiones						
Planes IRA/401K/Keogh						
Fondos/fideicomisos de Funeral.						
Espacios de Funeral						
Cultivos/equipo						
Ganado						
Fideicomisos						
Propiedades/bienes y raíces						
Seguro de vida						
Otras posesiones						

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

10. ❧ ¿Alguien ha vendido, intercambiado o regalado algo de valor substancial durante los últimos 60 meses?
(Ha estado en el Programa de Estampillas de Comida en los 3 últimos meses.) ❑Sí ❑ No Si la respuesta en "Sí", complete lo siguiente

Propietario	Tipo de propiedad / posesión y número de póliza	Valor
		$
		$
		$
		$

11. ❧ ¿Aparece el nombre de algún miembro de la familia en el título de vehículos con o sin licencia (incluyendo autos, camionetas, motocicletas, lanchas, vehículos recreacionales (RV's), vehículos para nieve (snowmobiles), camiones, etc.? ❑ Sí ❑ No Si la respuesta en "Sí" Complete lo siguiente:

Propietario	Tipo de vehículo	Modelo	Año	Valor	Cantidad que se debe
				$	$
				$	$
				$	$
				$	$

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

12. ☞ ¿Alguien de su familia ha solicitado o está recibiendo ingresos de alguna de las siguientes fuentes?

Solicitado	Recibiendo		Tipo de ingreso no ganado	Pagado a	¿Monto?	Número de reclamo
Por	**Si**	**No**			**¿Frecuencia?**	**dirección**
			Seguro Social (RSDI)			
			Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)			
			Pagos de asistencia en efectivo: ADC, AABD, RRP, cuidado en casas de crianza, asistencia general			
			Prestaciones para veteranos			
			Pensión al menor/esposa/o /apoyo marital Estado y condado _____ Número de Orden de la Corte___ Estado y condado _____ Número de orden de la Corte___			
			Compensación de Desempleo			
			Jubilación del ferrocarril			
			Pensión/retiro/servicio civil			
			Repartos Militares			
			Ingreso de arrendamiento			
			Contribuciones de regalos/dinero por parte de amigos o parientes			
			Intereses/dividendos/anualidades			
			Compensación del trabajador			
			Seguro/ indemnización por accidente (Indemnización pagada en los últimos 90 días o ¿está pendiente una demanda?			
			Reclamos de pagos de incapacidad			
			Premios/recompensas/ganancias de la lotería			
			Ingresos de huelguista			
			Beneficios Indios			
			Fideicomisos/herencias			

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

13 ❧ Complete lo siguiente para todas aquellas personas que actualmente están recibiendo ayuda de graduado, beca o salario. Estos tres ingresos son contados como ingresos no ganados a menos que se requiera trabajo para recibir el dinero. Si se requiere trabajo los ingresos se cuentan como ingreso ganado.

Solicitado Por	Recibiendo		Asistencia de graduado beca, salario	Pagado A	¿Cuánto? ¿Frecuencia?	Periodo de tiempo que el ingreso Intenta cubrir	Gastos
	Si	No					

13a. ❧ Complete lo siguiente para todos aquellos que actualmente están trabajando:

Nombre	Nombre y dirección de la empresa	Fechas de empleo	Horas por semana	Ingreso mensual bruto
			/semana	$
			/semana	$
			/semana	$

13b. ❧ Complete lo siguiente para todos aquellos que han estado trabajando en los últimos 90 días:

Nombre	Nombre y dirección de la empresa	Fechas de empleo	Horas por semana	Ingreso mensual bruto
			/semana	$
			/semana	$
			/semana	$

13c. ❧ ¿Usted o alguien de su familia recibe propinas, bonos o incentivos?

❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione los detalles_____

13d. ❧ ¿Alguien de su familia ha dejado su trabajo o ha reducido sus horas de trabajo en los últimos 60 días?

❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es "Sí", por favor explique_____

13e. ☞ ¿Alguna persona está en huelga?

❑ Sí ❑ No Si la respuesta es "Sí", ¿Quién?_____

13f. ☞ Complete lo siguiente para todos aquellos que actualmente son empleados por cuenta propia o granjeros o quienes han sido empleados por cuenta propia o granjeros en los últimos 90 días

Nombre	Tipo de empleo y nombre del negocio	¿Cuánto tiempo?	Horas por semana	Ingreso mensual bruto	Gastos mensuales del negocio
			/semana	$	$
			/semana	$	$
			/semana	$	$

USTED ESTA PERMITIDO A RECLAMAR CIERTOS COSTOS POR HACER UN NEGOCIO (GASTOS) PARA SOLICITAR CONTRA SU INGRESO POR SER EMPLEADO POR CUENTA PROPIA. ESTOS COSTOS PUEDEN SER OBTENIDOS DE LA FORMA DE REEMBOLSO DE IMPUESTOS O DEL MANUAL PARA EMPLEADOS POR CUENTA PROPIA. SU TRABAJADOR ASIGNADO LE EXPLICARA CUAL DE ESTOS DOCUMENTOS (FORMA DE RETORNO DE IMPUESTOS O MANUAL) NECESITARA PROPORCIONAR PARA IDENTIFICAR LOS COSTOS PERMITIBLES PARA HACER NEGOCIOS.

14. ☞ Designación del "Jefe de Familia" para el Programa de Estampillas de Comida:
Para familias en las cuales hay más de un padre, indicar cual padre debe ser considerado el "Jefe de la Familia". Para propósitos de fallar en cumplir con los requerimientos de trabajo, el jefe de familia en familias sin hijos debe ser el miembro de la familia (incluyendo miembros excluidos) que tiene el mayor ingreso ganado en los dos meses antes del mes de violación. Si al individuo seleccionado se le requiere un trabajo obligatorio y falla en cumplir con los requisitos del Programa de estampillas de comida y del programa de trabajo, la familia completa puede ser inelegible.
El "Jefe de Familia" es:_____

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

15. ☞ Anote la cantidad que familia está actualmente pagando por cada uno de los siguientes:
(Programa de Estampillas de Comida: El fallar en reportar o verificar un gasto será visto como una declaración de su familia que no quiere recibir una deducción de un gasto no reportado y/o no verificado.)

Gasto actual	Cantidad	¿Frecuencia de pagos?	¿Quién paga?
Renta/Hipoteca (Encierre en un círculo uno) Nombre/dirección del arrendador:_____ ¿Es está vivienda pública? ❑ Si ❑ No ¿Es está una vivienda subsidiada? ❑ Si ❑ No Si es subsidiada, ¿cuál es su parte de la renta?			
Renta de terreno			
Impuestos de casa propia (no incluida en hipoteca)			
Seguro del dueño de casa (no incluida en hipoteca)			
Cuotas de Condominio			
Electricidad			
Gas/propano			
Agua/drenaje			
Recolección de basura			
Pozo/mantenimiento de fosa séptica			
Teléfono (renta básica)			
Pensión al menor Estado y condado _____ Número de orden de corte _____ Estado y condado _____ Número de orden de corte _____			
Guardería o cuidado de menores o adultos Nombre/dirección del proveedor:_____			
Gastos médicos para personas de 60 años o mayores o quienes están discapacitados. Incluir Medicare y primas de seguro médico que usted paga.			
Otro (por favor explique)			

15a. ☞ ¿Alguien fuera de su familia paga o ayuda a pagar cualquiera de los gastos arriba mencionados?
❑ Si ❑No Si la respuesta es "Sí" por favor complete lo siguiente:
¿Quién?:_____¿Cuáles gastos?_____
Describa los detalles :_____

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

16. ☞ ¿Está pagando por calefacción o aire acondicionado, como gasto separado de su renta/hipoteca?
❑ Si ❑ No Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es su fuente principal de calefacción/aire acondicionado?
❑ Calefacción eléctrica ❑ Carbón ❑ Queroseno ❑ Gas Natural
❑ Enfriamiento eléctrico ❑ Combustible de aceite ❑ Madera ❑ Propano
❑ Otro (Por favor especifique)_____
Nombre/dirección de la compañía de servicios:_____Número de cuenta:_____
Nombre/dirección de la compañía de servicios:_____Número de cuenta:_____
Nombre/dirección de la compañía de servicios:_____Número de cuenta:_____

16a. ☞ Si la respuesta en la pregunta 16 fue NO, ¿paga por otros servicios? ❑ Sí ❑ No Si la respuesta fue "Sí" por favor marque todos los que apliquen.
❑ Electricidad (Para otros aparte de la calefacción o enfriamiento ❑ Agua ❑ Basura/Recolección de Basura
❑ Mantenimiento – Pozos y sistemas de fosa séptica ❑ Drenaje ❑ Teléfono

16b. ☞ ¿Alguien de su familia ha recibido asistencia de energía (NLIEAP) por calefacción o enfriamiento en los últimos 12 meses? ❑ Sí ❑ No Si la respuesta fue "Sí", fue la NLIEAP quien recibió el pago en su actual dirección?
❑ Sí ❑ No

17. ☞ ¿Alguien en su familia está cubierto, personal o a través de su empresa con seguro médico, servicios públicos de salud, TRICARE, CHAMPÚS, VA o Cobertura de médica como un beneficio de jubilación?
❑ Sí ❑ No Si la respuesta fue "Sí", complete lo siguiente:

Nombres de las personas aseguradas	Tarjeta habiente de la póliza	Nombre, dirección y teléfono de la compañía aseguradora	Número de póliza/ grupo:	Costo por mes:

18. ☞ ¿Alguien en su familia tiene cobertura Medicare?
❑ Sí ❑ No Si la respuesta fue "Sí", complete lo siguiente:

Nombre de la persona	Número de Medicare:	Nombre de la persona	Número de Medicare:
(1)		(2)	

19. ¿Alguien en su familia tiene facturas médicas de los últimos 3 meses?
❑ Sí ❑ No Si la respuesta fue "Sí", complete lo siguiente: (Medicaid puede podría ayudar a pagar estas facturas)

Nombre de la Persona	¿Cuáles Meses?

20. ¿Alguien en su familia tiene problemas médicos o costos médicos a causa de un accidente?
❑ Sí ❑ No Si la respuesta fue "Sí", complete lo siguiente:
Nombre de la persona _____ Fecha del accidente _____

21. ¿Alguien en su familia ha recibido asistencia de otro estado en los últimos 90 días?
❑ Sí ❑ No Si la respuesta fue "Sí", ¿quién?_____Estado_____
Nombre del trabajador Social_____ Número teléfonico_____

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

22. ❧ ¿Usted o algún miembro de su familia actualmente es un delincuente en huida o en violación de libertad condicional o probación? ❑ Sí ❑ No Si la respuesta fue "Sí", por favor anote los nombre(s), violación(es) y Estado(s)
_____

23. ❧ ¿Usted o algún miembro de su familia han cometido y sido convictos de lo siguiente?:

Violación	Si/No	¿Quién?	¿Cuándo?
a. ¿Violación intencional al programa de estampillas de comida?			
b. ¿Uso o recibo de estampillas de comida en la venta de una sustancia controlada?			
c. ¿Delito grave por distribución ilegal de drogas después de Agosto 22, 1996?			
d. ¿Individuo(s) en la familia quienes han tenido tres o más delitos graves, relacionados y convictos por posesión o uso de una sustancia controlada después de Agosto 22, 1996?			
e. (1) ¿Individuo(s) en la familia quienes han tenido menos de tres delitos graves relacionados y convictos por posesión o uso de una sustancia controlada después de Agosto 22, 1996?. (2) ¿Individuo(s) con crímenes relacionados con posesión de drogas o uso de sustancias controladas después de Agosto 22,1996 quienes actualmente participan en o quienes han completado un programa de abuso de sustancia controladas desde la ultima condena?			
f. ¿Trafico de estampillas de comida por $500 o más?			
g. ¿Falsificar residencia o identidad para recibir asistencia de estampillas de comida en 2 o más estados simultáneamente?			
h. ¿Usar o recibir estampillas de comida a cambio de armas de fuego, municiones o explosivos?			

24. ❧ ¿Usted o algún miembro de su familia ha sido descalificado del Programa de Estampillas de Comida?
❑ Sí ❑ No Si la respuesta fue "Sí", ¿Quién y cuál fue la razón por la descalificación?_____

25. ❧ PROGRAMA DE ESTAMPILLAS DE COMIDA
Usted puede autorizar a alguien fuera de su familia para solicitar por usted, obtener y usar sus estampillas de comida para comprar comida por usted, o usted puede autorizar una persona para solicitar por usted y a otra persona para obtener y usar sus estampillas para comprar comida por usted.

Representante autorizado	Dirección	Numero telefónico
(1)		
(2)		

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

Registro de votante

A cualquier ciudadano en el estado de Nebraska que haya cumplido con los requisitos de registro de votante y solicite para recibir asistencia pública debe dársele la oportunidad para votar.

❑ Sí ❑ No **Si usted no está registrado para votar donde vive ahora. ¿Le gustaría aplicar para registrarse para votar hoy?**
Si usted no marcó ninguna respuesta, se considerará como si usted hubiera decidido no registrarse por ahora.

Favor de notar que la información y la oficina para la cual fue hecha la aplicación permanecerán confidenciales y serán utilizadas únicamente para propósitos de registro de votante. El aplicar para registrarse o el abstenerse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia o servicios que le serán proporcionados por esta agencia.

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho para registrarse o para abstenerse a registrarse para votar, con su derecho a privacidad al decidir ya sea registrarse o a aplicar para registrarse a votar, o su derecho para elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja con:

Nebraska Secretary of State, State Capitol Building, Lincoln, NE 68509-4608 Teléfono: (402) 471-2554.

Si le gustaría ayuda para llenar la forma, nosotros le ayudaremos. La decisión ya sea para buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la forma de solicitud en privado, si usted así lo desea.

Asistencia para el cuidado al menor (guardería)

La Asistencia de guardería, sólo está aprobada para actividades tales como trabajo, educación relacionada con el empleo o entrenamiento, o actividades primarias del empleo. La familia es responsable por pagarle al proveedor para cualquier hijo que NO haya sido aprobado. Las familias son responsables por pagar una cuota por los servicios del cuidado al menor, pero aquellas que suspendan el pago de la cuota, pueden dar por terminado el caso de su servicio del cuidado del menor (guardería).

Programa asistencia de energía para personas de bajos ingresos del estado de Nebraska

Cuando una familia recibe asistencia de energía por bajo ingreso (LIEAP), debe estar de acuerdo en tomar completa responsabilidad para pagar los recibos de calefacción si el pago de la asistencia llega directamente a la familia. Si hay un pago vencido o mal historial de pago, la oficina local HHS está autorizada para, y quizás hacer el pago directamente al proveedor de parte de la familia.

Cumplimiento de la manutención o pensión del menor de edad

Los destinatarios de la asistencia pública para menores de edad están de acuerdo en recibir los servicios de cumplimiento de la manutención del menor (CSE). A los destinatarios del Medicaid, si no reciben otra asistencia, tienen la opción de notificar al CSE que ellos no quieren los servicios, que no están relacionados a apoyar la seguridad médica. El número de seguro social del(os) menores pueden utilizarse para establecer y/o hacer cumplir la parte financiera y/o la ayuda médica.

Cualquier acción legal tomada como resultado de esta solicitud y en referencia al CSE es en la discreción del condado o abogado autorizado de la manutención o pensión de menor. Este abogado trabajara solamente de parte del Estado y una relación abogado-cliente no existirá entre el abogado y el solicitante.

Cuando la asistencia de dinero en efectivo ADC es pagada a un individuo o a una unidad familiar, el Estado tiene el derecho de recibir y conservar los pagos de la pensión del menor vencidos, de cualquiera de las personas anotadas en la solicitud para asistencia. Esta asignación incluye cualquier ayuda que se le deba a la persona en el momento de la solicitud, al igual que la ayuda actual y futura la cual puede vencerse durante el periodo en que la asistencia pública es proporcionada.

La ayuda que se colecte de CSE será pagada fuera de acuerdo a las leyes y reglas del gobierno Federal y Estatal. Cualquier pago de asistencia para Hijos/Cónyuge/Médico recibido directamente por un destinatario de ADC en el mismo mes, como asistencia de dinero en efectivo ADC debe reportarse y entregarse inmediatamente al Estado.

Cuando la asistencia es requerida para un menor de edad, es un requerimiento cooperar con el personal de ADC, AABD, Medicaid y CSE en todos los asuntos pertinentes a la determinación de paternidad, localización de padre(s) sin custodia, y el establecimiento, cumplimiento y/o modificación de una orden de pagar pensión. La excepción a este requerimiento de cooperación es una afirmación y establecimiento de exención a causa de una “buena causa”

Los individuos deben contactar a sus trabajadores asignados inmediatamente y en cualquier momento que ellos crean que el cooperar o proceder para establecer o que la ayuda segura está en contra del mejor interes del niño(s), padre/cuidador pariente, y/o guardián/tutor por los cuales la pensión fue establecida. La información para apoyar la(s) razón(es) para una exención de buena causa será requerida.

Responsabilidad de una tercera parte

Individuos quienes reciben Asistencia de Medicaid (Medicaid) deben: Asignar al Estado su derecho de cualquier ayuda médica u otro pago para cuidados médicos; estar de acuerdo en cooperar con el Estado en el establecimiento de la paternidad; y cooperar con el Estado para obtener cualquier pago disponible a terceras partes tal como un pago de seguro o establecimiento de corte. Los beneficios de Medicare no están asignados.

Individuos deben cooperar con HHS para obtener el reembolso por el costo de cuidado médico y servicios por cualquier miembro de la unidad de asistencia. Rehusarse a cooperar resultará en la terminación de elegibilidad de asistencia médica para ese individuo. El requisito de cooperar puede ser retirado, si HHS encuentra que la causa de rehusarse es debido a una enfermedad mental o psicológica, incapacidad física o una apariencia probable resultando en un daño físico o emocional de cualquiera de los miembros de la unidad de asistencia.

ADC Family Cap

Las necesidades de cualquier niño nacido con más de 10 meses después de que la solicitud es firmada, no se incluirá en la asistencia ADC de pago en efectivo.

Liberación de expedientes médicos

Sobre pedido, cualquier persona que tenga registros o expedientes médicos e información o la custodia de tales registros referentes a destinatarios de Medicaid, deben liberarlos a HHS.

Acuerdo de reembolsos médicos

Cuando el Estado paga por los servicios de un destinatario de Medicaid, la cantidad que el Estado ha pagado por tratamiento de lesiones o enfermedad debe ser incluido en cualquier reclamo legal hecho en contra de una tercera parte. Si el destinatario de Medicaid, después recibe un seguro o indemnización por parte de la corte, se le debe notificar al HHS de la indemnización y reembolsar los gastos de la asistencia médica que el estado pagó previamente. El fallar en reembolsarle a HHS resultará en la terminación de la elegibilidad de Medicaid para ese individuo.

Servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar incluyen anticonceptivos o servicios de infertilidad que están disponibles para todas las personas interesadas que puedan tener la libertad de escoger en cuanto al número de hijos en su familia

Nadie es requerido para aceptar los servicios de planificación familiar para ser elegible para la asistencia.
❏ Sí ❏ No Marque el cuadro apropiado para recibir información adicional.

Visitas al hogar

Un trabajador HHS o representante de agencia contratada:
- Puede guiar las visitas al hogar para determinar los tipos de aprobación de asistencia requerida Y/Õ
- Contactar a otras personas para verificar la elegibilidad para la asistencia.

Advertencia de sanción de ADC y cuidado al menor

"Individuos quienes intencionalmente proporcionen información falsa para calificar y recibir Ayuda de Hijos Dependientes (ADC) o los beneficios de subsidio de guardería pueden ser sujetos al castigo de descalificación por una quebrantamiento Intencional al programa (IPV). Para el programa de Ayuda de Hijos Dependientes (ADC), sólo el individuo encontrado que ha cometido al IPV será descalificado. Para el subsidio de guardería, el individuo encontrado que ha cometido al IPV y su familia serán descalificados. El periodo de descalificación será a) Por la primera violación, hasta un año; b) Por una segunda violación, hasta dos años; c) Por una tercera violación, descalificación permanente. Estas sanciones también serán impuestas si un individuo es encontrado por los juzgados que ha quebrantado las Leyes Revisadas de Nebraska, Sec. 68-1017."

Advertencia de sanción de estampillas de comida:

La información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación por los oficiales federales, estatales y locales. Si se encuentra algo inexacto, la participación en el Programa de Estampillas de Comida puede ser reducido, terminado o negado.

Individuos quienes intencionalmente proporcionen información falsa pueden ser sujetos a persecución criminal. Cualquier miembro de una familia que rompa cualquiera de estas reglas intencionalmente puede ser rechazado del programa de estampillas de comida por 12 meses en la primera violación, 24 meses por la segunda violación y permanentemente por la tercera violación. Adicionalmente los individuos pueden ser multados hasta por $250,000, encarcelado hasta por 20 años, y sujeto de persecución bajo otras leyes federales aplicables. Una corte también puede castigar a un individuo del programa por 18 meses adicionales. Estas sanciones aplican para los miembros de la familia de estampillas de comida como también para comerciantes y otros.

NO:

- Dar información falsa, incorrecta o incompleta para obtener o continuar con las estampillas de comida.
- Intercambiar o vender cupones de comida o tarjetas de Transferencia de Beneficio Electrónico (EBT).
- Utilizar las estampillas de comida o tarjetas EBT de otra gente.
- Utilizar las estampillas de comida para comprar artículos ilegibles tales como bebidas alcohólicas o tabaco.
- Utilizar las estampillas de comida para comprar ilegalmente drogas, armas de fuego, municiones o explosivos.

Individuos encontrados culpables por los juzgados federales, estatales o locales de las siguientes violaciones serán descalificados a participar en el Programa de Estampillas de Comida:

- **El uso de estampillas de comida en la venta de una sustancia controlada lo deja descalificado por 24 meses por la primera violación y permanentemente por la segunda.**
- **Uso de estampillas de comida por la compra de armas de fuego, municiones y explosivos lo deja permanentemente descalificado.**
- **Falsificación de residencia o identidad para recibir estampillas de comida en dos o más estados lo dejan descalificado por 10 años.**
- **Delitos cometido por droga o distribución de una sustancia controlada y que ha sido convicto después de Agosto 22, 1996 lo deja permanentemente descalificado.**
- **Trafico de estampillas de comida por $500 o más lo deja permanentemente descalificado.**
- **Durante el tiempo que un individuo esta huyendo para evitar la persecución, custodia o encierro después del fallo condenatorio por un delito o intento de cometer un delito ya sea un delito bajo la ley del lugar por el cual el individuo está huyendo, o está quebrantando una condición federal o estatal de prueba o libertad condicional; el individuo es ilegible para participar en el Programa de Estampillas de Comida.**
- **Si ha cometido y sido condenado por un delito de drogas por posesión o uso de sustancias controladas. SI el individuo(s) ha tenido tres o más convicciones por la posesión o uso, después de Agosto 22, 1996..**
  - **Si de alguna de las tres condenas, ¿el individuo(s) está actualmente participando en, o él/ella ha completado permiso-estatal o ha acreditado nacionalmente un programa de tratamiento de abuso de sustancias, desde la fecha de la última condena? Si se muestra prueba de participación en, y/o el cumplimiento del programa de abuso de sustancias, el individuo(s) puede ser elegible.**

Registro de trabajo

Para el Programa de Estampillas de Comida, la firma del jefe de familia, otro adulto en la familia, o un representante autorizado en esta solicitud establece registro para trabajar en todos los no-exentos miembros de la familia.

Número de seguro social

HHS le pide los números de seguro social (NSS) de todos los individuos por quienes la asistencia es requerida como un requisito del Acto del Seguro Social Federal y las reglas de Estampillas de Comida. Los individuos que no están solicitando la asistencia para ellos mismos no tienen que proporcionar un NSS. Si el individuo es financieramente responsable por otros en la unidad de asistencia, el NSS será usado sólo para verificar el ingreso y/o recursos a través de la comparación por computadora de lo anotado abajo u otros contactos para ver su la elegibilidad puede ser determinada por medio de estos requisitos de asistencia. Si el NSS no es proporcionado, la unidad de asistencia debe asumir la responsabilidad de proporcionar la información necesaria para determinar la elegibilidad de los individuos que solicitan la asistencia. Cualquier NSS proporcionado será usado y revelado en la misma manera como los NSS de los participantes elegibles. El NSS de cada persona en la unidad de asistencia que proporcione su NSS será comparado con la computadora con los siguientes programas para ayudar en la determinación de elegibilidad:

• Estadísticas de Población (Nacimientos y Muertes) - Nebraska HHS • Compensación por desempleo - Nebraska Department of labor • Empleo - Nebraska Department of labor - Social Security Administration - Nebraska HHS	• Pensión al menor - Clerk of the District Court - Child Support Payment Center • Ingresos y Recursos - Internal Revenue Service • Beneficios de Seguro Social (RSDI) • Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) • Beneficios de Veteranos - Veterans Administration

La información recibida por estas agencias es usada y verificada y podrá afectar el tipo y la cantidad de asistencia que los individuos recibirán. Los NSS también son usados para comparar en las computadoras y revisar programas o asegurar que cada familia recibe la cantidad o los beneficios correctos. Esto puede resultar en acciones criminales o civiles o faltas administrativas en contra de las personas que participan fraudulentamente
La Asistencia de guarderías, Servicios Sociales para los Ancianos y Discapacitados (SSAD) y los Servicios Sociales para los Hijos y Familias (SSCF): Un NSS no es requerido para solicitar estos programas y la elegibilidad no será negada si el NSS no es proporcionado. Si un NSS es proporcionado, éste será usado para reunir la investigación de datos que no identifica a los individuos y para verificar el ingreso.

Los NSS pueden ser revelados por otras agencias federales y estatales para una examinación oficial y para el cumplimiento de las leyes oficiales con el propósito de aprehender a las personas que están huyendo de la ley.

Si una familia tiene un sobrepago de estampillas de comida, la información en esta solicitud, incluyendo los NSS, pueden ser remitidos a las agencias federales y estatales como también a las agencias privadas de colección para la acción de sobrepago de colección.

Proporcionar los NSS de los miembros de una familia es voluntario; sin embargo, el fallar en para proporcionar esta información resultará en la negación de las estampillas de comida a cualquier individuo quien no lo proporcione o solicite para un NSS.

Al firmar esta solicitud estoy de acuerdo en que:

Bajo las penas de ley y/o perjurio, declaro que he leído esta solicitud, incluyendo las cláusulas que lo acompañan y que en el mejor uso de mi conocimiento, la información es verdadera, correcta y completa. Entiendo mis responsabilidades y estoy de acuerdo en cumplirlas. Entiendo y puedo proveer prueba de lo que he dicho. Si las pruebas escritas no están disponibles, estoy de acuerdo en dar el nombre u organización para que la oficina local pueda obtener las pruebas necesarias. Cooperaré completamente con el personal federal y estatal en una Revisión de Control de Calidad. Certifico que todas las personas por quienes la asistencia está siendo requerida son ciudadanos de los E.U. o están en un estado migratorio satisfactorio de acuerdo al programa(s) o servicios solicitados. Autorizo el uso de los NSS proporcionados en esta solicitud a HHS para utilizarlos para los propósitos arriba mencionados.

Autorización de liberación de la información.

Autorizo la liberación la información solicitada por HHS. La información solicitada debe ser usada únicamente en la administración de programas de asistencia pública y no será liberada a ninguna otra persona o agencia fuera de HHS excepto por el estado bajo el uso de registros médicos. Esta liberación de información está en efecto, mientras soy un solicitante o destinatario de asistencia pública o miembro responsable financieramente y por cualquier investigación pertinente a mi elegibilidad y destinatarios de los beneficios en un futuro. Entiendo que HHS puede liberar la información a otra agencia cuando los servicios de ésta agencia han sido solicitados o cuando el objetivo en obtener la información para proporcionar servicio para mi o a cualquier miembro de la unidad de asistencia.

Una reproducción de ésta liberación es tan válida como la original

Firma del solicitante	Firma de otro miembro adulto de la familia
Nombre impreso Fecha	Nombre impreso Fecha
Firma del testigo si se uso una "X"	Firma de la persona que ayudo al representante autorizado
Nombre escrito del testigo	Nombre escrito de la persona que ayudo al representante autorizado
Trabajador que condujo la entrevista	

INFORMACIÓN IMPORTANTE – CONSERVE ESTA PAGINA

USTED TIENE EL DERECHO A:

- Aplicar y discutir cualquier acción tomada en su aplicación o caso con el empleado asignado a usted o con el supervisor.
- Ser asistido en el proceso de aplicación, por la persona de elección.
- Recomendar el caso a otras agencias públicas o privadas.
- Examinar el registro de su caso.
- Ver una copia de las regulaciones del programa.
- Tener una entrevista en su casa o en una ubicación en que todos estén de acuerdo o por teléfono si **TODOS** los miembros de su familia cumplen con los siguientes criterios:
  - tienen 60 años o más, o están incapacitados **Y**
  - la familia no tiene ingreso ganado
- Apresurar la acción de un amanera razonable en su solicitud para beneficios.
- Recibir una notificación adecuada de cualquier acción que afecte su solicitud o en su caso.
- Tener los requisitos o beneficios del programa plenamente explicados.
- Recibir asistencia médica sin una solicitud por separado si usted es elegible para Ayuda para Hijo Dependiente (ADC), Ayuda al Anciano, Ciego, o Discapacitado (AABD), o para el Programa de Re-Asentamiento para Refugiados (RRP).
- Mantener su información confidencialmente.

Audiencias justas

Si usted no está de acuerdo con cualquier acción por el HHS que afecte sus beneficios, usted puede solicitar una audiencia justa de forma oral o por escrito a través de la oficina local. Usted puede continuar recibiendo su nivel actual de asistencia hasta que una decisión de audiencia es hecha SI (1) usted solicita una audiencia durante los 10 días posteriores a la fecha de aviso de la agencia Y (2) su periodo de certificación no ha vencido. Una audiencia justa para el Programa Estampillas de Comidas debe ser hecha dentro los 90 días posteriores a la acción o ausencia de acción. En la audiencia, usted puede representarse a si mismo o ser representado por otra persona.

Requisitos de trabajo

Si usted recibe Ayuda para Hijos Dependientes (ADC) y/o beneficios de Estampillas de Comida, debe participar en las actividades de aprobación de trabajo o búsqueda de trabajo a menos que usted quiera calificar por una exención. Si usted no cumple con los requisitos de trabajo, sus beneficios pueden ser reducidos o cancelados. A los participantes de ADC puede requerírseles el firmar un contrato y plan de servicio de autosuficiencia en el que anota los pasos necesarios para ser autosuficiente.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- Proveer información correcta y completa. Usted puede ser sujeto a cargos criminales bajo leyes estatales o federales aplicables si usted no provee información correcta y completa. Usted es principalmente el responsable de proporcionar pruebas de la situación de su familia, pero el empleado asignado a usted lo asistirá para obtener verificación si usted coopera con el proceso de aplicación.
- Solicitar y aceptar cualquier beneficio potencial o ingreso para el cual usted pueda ser elegible si solicitó hacerlo a través de su trabajador asignado. No aplica para las Estampillas de Comida.
- Hacer un pago de una cuota por ciertos servicios médicos si se requiere.
- Cooperar con el personal Estatal y Federal en una revisión de Control de Calidad
- Cooperar con el Programa de Cuidado administrativo de Nebraska (Nebraska Managed Care Program) para ciertos destinatarios de Medicaid.
- Preguntar si usted no entiende algo acerca del programa.

Reporte de cambios

Reportar todos los cambios dentro de 10 días a su trabajador asignado tales como:

- Ingreso Mensual
- Tamaño de la familia
- Cambio en el capital
- Gastos familiares
- Estado de su trabajo incluyendo entrenamiento de trabajo u otras actividades laborales
- Dirección
- Cambio en el seguro médico
- Cambio en la discapacidad o estado de incapacidad.

El Programa de Estampillas de Comida tiene diferente forma de reportar el cual le será explicado por su trabajador asignado**.**

Medicaid

Si usted obtiene recibos o estados de cuenta de proveedores o agencias de colección usted es responsable de decirles que está cubierto por el Medicaid de Nebraska. Si usted no lo hace, usted tendrá que pagar los recibos.

- Pregunte a su proveedor médico o al empleado asignado a usted cuales servicios médicos están cubiertos.
- Presente prueba de su actual elegibilidad de Medicaid al proveedor médico antes de obtener los servicios.
- Informe al empleado asignado a usted y a su proveedor médico de cualquier cobertura de seguro de salud que usted tenga(incluyendo cobertura dental).
- Pague el costo de todos los gastos médicos no-cubiertos.
- Este de acuerdo en registrarse en un seguro de salud de grupo basado en el empleador si HHS determina que éste es efectivo con relación al costo.

De acuerdo con la ley federal y a las políticas del Departamento de Agricultura de E.U. (USDA) y el del Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.U. (HHS), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska está prohibida la discriminación basándose en la raza, color, nación de origen, sexo, edad o discapacidad. Bajo las políticas de Estampillas de Comida USDA la discriminación también está prohibida basándose en creencias religiosas y políticas.

Para poner una queja por discriminación contacte a USDA o HHS. Escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20250-9410 o llame al teléfono (202) 720-5964 (voz y TDD). Escriba a HHSS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 o llame al teléfono (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (TDD). USDA y HHSS son proveedores de iguales oportunidades y empleos.

REPORTE DE CATEGORÍAS DE ESTAMPILLAS DE COMIDA

El Reporte de Categorías de Estampillas de Comida se anota abajo. La categoría a la que esté asignado indica que su familia está requerida a reportar durante el periodo de certificación. Cuando su familia está asignada a una de estas categorías, su trabajador asignado y/o notificación de elegibilidad le informaran el reporte de categoría de su familia.

1) CATEGORÍA DEL REPORTE DE SEIS-MESES

Su familia está requerida a reportar cuando el ingreso mensual bruto exceda el máximo ingreso mensual bruto límite para la cantidad de personas en su familia. El ingreso mensual bruto incluye ingresos ganados y no ganados antes de cualquier deducción, tal como impuestos. Si el ingreso mensual excede el máximo ingreso mensual bruto limite para la cantidad de personas en su familia, debe reportarlo en un periodo de 10 días después del fin de mes en que el ingreso fue recibido. Su notificación de elegibilidad le informará el nivel de ingreso mensual bruto a reportar dependiendo de la cantidad de personas en su familia.

2) CATEGORÍA DEL REPORTE DE LA TRANSICION DE BENEFICIOS

Su familia NO está requerida a reportar ningún cambio.

3) CATEGORÍA DEL REPORTE DEL CAMBIO

Su familia debe reportar cambios en un periodo de 10 días desde la fecha en que su familia supo de los cambios. Su familia está requerida a reportar lo siguiente:

1. Cuando alguien entra o sale de su familia
2. Prueba de su nueva dirección y nuevos costos, si se mudan.
3. Recibos de vehículos adicionales
4. Recibo de recursos incluyendo efectivo a la mano, acciones, bonos y dinero en cuenta de cheques o ahorros los cuales tengan un total familiar de más de $2000;
5. Cambios en el empleo, la tarifa de salario, y situación de empleo ya sea de medio turno o turno completo., debe ser reportado en un periodo de 10 días a la fecha de que el primer cheque haya sido recibido. Para propósitos de reporte, 30 horas por semana es considerado turno completo.
6. Cambios en ingresos no ganados subiendo a un total de $50 o más por mes, de fuentes no-privadas. A usted NO se le requiere reportar cambios en el ingreso de manutención o pensión del menor o pensión alimenticia del cónyuge, durante su periodo de certificación.
7. Cambios en la obligación legal para pagar la pensión manutención del menor; y
8. Cualquier cambio en horas de trabajo que lleven a un individuo a trabajar 20 horas por semana, promediado mensualmente por adultos sanos sin dependientes (ABAWDs) sujeto a tiempo limitado de beneficios.

Contacte a su trabajador asignado si tiene cualquier pregunta acerca de sus requerimientos de reporte.