

Estado de Nevada
Departamento de Salud y Servicios Humanos
División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social

SOLICITUD PARA ASISTENCIA

MEDICAID - ASISTENCIA MÉDICA PARA ANCIANOS, CIEGO Y DISCAPACITADO
(MAABD) PROGRAMA
SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL (SNAP)

SI NECESITA AYUDA COMPLETANDO CUALQUIER PARTE DE ESTE FORMULARIO, DÉJANOS SABER.

Programas de Asistencia Pública usted puede solicitar para:

★ **MEDICAID - Asistencia médica para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (MAABD)**

Asistencia médica para individuos de bajos ingresos que son elegible bajo los siguientes programas:

- Mayor de 65 años
- Ciego
- Discapacitado
- Estancia de hospital, Estancia de asilo de ancianos, Solicitud de exención de cuidado en el hogar
- No ciudadanos que cumplen con los requisitos del programa
- Beneficiarios Calificados de Medicare

★ **PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL (SNAP)**

Asistencia Nutricional (antes conocido como Estampillas de Comida) para hogares de bajos ingresos para ayudar con el suplemento de la compra de alimentos.

LEA ESTA PÁGINA CUIDADOSAMENTE ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD

1. Lea cada página cuidadosamente y conteste cada pregunta. Si la respuesta es "ninguno," entonces escribe "NINGUNO."
2. Si necesita ayuda completando el formulario, tal vez quieras preguntarle a un familiar, un amigo o un gerente del caso de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS).
3. Recuerde que usted está certificando la exactitud de sus respuestas sea si esta completando el formulario para usted o actuando para otra persona quien no puede completar el formulario.

La División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social verificará las respuestas que usted dio en este formulario. Ocultación deliberada de ingreso y bienes puede resultar en cargos criminales.

4. Sus Derechos y Obligaciones como beneficiario están adjuntados a través de esta solicitud.
5. If Si esta solicitando para alguien aparte de usted, marque las casillas o completar los espacios en blanco que aplique a la persona por cual la solicitud es hecha

Si también está solicitando para SNAP, debemos verificar información que usted proporcionó y tomar acción en su solicitud de SNAP dentro de 30 días siguientes a la fecha que proporcione su solicitud. Si es elegible, los beneficios de SNAP serán proporcionados desde la fecha que nos proporcione la primera página de la solicitud.

Si califica para recibir SNAP de inmediato, nosotros tenemos que tomar acción en su solicitud de SNAP dentro de 7 días siguientes a la fecha en que nos proporcione la primera página de su solicitud. Usted puede recibir SNAP de inmediato si:

- ◆ La renta/hipoteca mensual y los servicios públicos son más que sus ingresos en bruto mensuales del hogar; o
- ◆ Ingresos en bruto mensuales son menos de \$150 y sus recursos de su hogar, tal como dinero en efectivo o cuentas de cheques/ahorros, son \$100 o menos; o

Divulgación de Números de Seguro Social: Conforme con título 42 USC 1320b-7, los números de Seguro Social (SSN) son requeridos para las personas recibiendo o buscando a recibir asistencia para ellos mismos. Si usted o una persona en su hogar esta solicitando para asistencia y no desea proporcionar o solicitar un SSN, solamente la solicitud de asistencia para esa persona será negado. Ciudadanos indocumentados o inelegibles no calificados y otros no solicitantes o personas inelegibles no son requeridos a proporcionar o solicitar un SSN. Los individuos que no desean proporcionar un SSN son considerados no solicitantes, pero sus ingresos y recursos todavía pueden contar para otros miembros del hogar buscando asistencia tal como los niños dependientes y/o un cónyuge. Sin embargo, si usted o una persona en su hogar esta buscando asistencia para ellos mismos y cumplen con "causa justa" para no proporcionar o solicitar un SSN, la asistencia puede ser aprobado si son elegibles por lo demás.

Los Números de Seguro Social se utilizan para verificar los ingresos y recursos del hogar y para realizar una comparación computarizada con otras agencias como la Administración del Seguro Social, la División de Seguridad de Empleo, los Programas de Cumplimiento de la Manutención de Niños y el Servicio de Impuestos Internos. También se utilizan para reunir información laboral, hacer investigaciones, recuperar el sobrepago de beneficios y asegurar que no se reciban beneficios duplicados.

Divulgación de Ciudadanía y/o Estatus Migratorio: Tendrá que proporcionar un comprobante de ciudadanía y/o estatus migratorio. Si usted u otro miembro de su familia o hogar no quieren beneficios de SNAP, entonces usted/ellos NO TIENEN que darnos información sobre la ciudadanía o estatus migratorio. Si está solicitando beneficios de asistencia monetaria -TANF, Medicaid o SNAP, podemos decidir que ciertos miembros de su familia son inelegible para beneficios porque no tienen el estatus migratorio correcto. Otros familiares o miembros de su hogar aún podrían recibir beneficios si son elegibles por lo demás. Si quiere que decidamos si otros miembros familiares son elegible para beneficios, usted todavía necesita decirnos sobre la ciudadanía y/o estatus migratorio. También necesita informarnos acerca de los ingresos de su familia y contestar las otras preguntas en este formulario.

No envíe solicitudes aquí

No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

correo: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; o

correo electrónico: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el enlace para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

No envíe solicitudes aquí

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés),

escribe a: Centralized Case Management Operations
 US Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201

o llame al: (202) 619-0403, (800) 368-1019 (voice) or (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Aviso Importante: Si está solicitando para un niño que no es elegible para asistencia de Medicaid en esta solicitud, el Programa de Nevada Check-Up proporciona una cobertura de salud bajo costo, comprensivo para niños sin seguro de 0 a 18 años de edad que no son cubiertos por seguros privados o Medicaid. Para saber los requisitos de elegibilidad para este programa médico o para solicitar una solicitud, ir al <https://dwss.nv.gov/Medical/NCUMAIN/>.

Los beneficios médicos empiezan desde el primer día del mes en que la elegibilidad es aprobado, con la excepción de algunos beneficiarios de Medicare.

Complete las preguntas de la solicitud como le pertenece a la persona en necesidad de asistencia.

Si necesita más espacio para contestar, escribe en una hoja de papel por separado.

Raza (opcional) - por favor marque una de las casillas Hispano o Latiino o No Hispano o Latino.

Por favor elija uno de los siguientes códigos de origen étnico para cada miembro del hogar: A - Asiático; B - Negro o Afroamericano; G - Medio oriental o Norteafricano; I - Indio Americano o Nativo de Alaska; J - Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco; L - Asiático y Blanco; M - Negro o Afroamericano y Blanco; N - Indio Americano o Nativo de Alaska y Negro o Afroamericano; U - Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico; W - Blanco; Z - 2 o más combinaciones no indicadas anteriormente.

Anote por favor el estado civil para cada miembro del hogar: D - Divorciado; L - Legalmente separado; M – Casado; N - Nunca casado; P - Separado; W - Viudo

NOMBRE APELLIDO, PRIMER NOMBRE	PARENTE SCO CON USTED	S E X O	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE REGISTRACIÓN DEL EXTRANJERO (opcional, ver página de tapa)	ESTADO O PAÍS DE NACIMIENTO	¿Ciudadano de los EE.UU.? S/N	* RAZA/ETNICIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	E D A D O	ÚLTIMO GRADO	AÑOS COMPLETADO	ESTADO CIVIL	M A B D	S N A P	N I N G U N O
	MISMO													
Dirección del establecimiento				Ciudad			Estado			Código postal				
Dirección de su domicilio				Ciudad			Estado			Código postal				
Dirección de correo				Ciudad			Estado			Código postal				
Teléfono del hogar		Teléfono de día o mensajes			Fecha de fallecimiento (si es aplicable)									

MIEMB	ESPEC	INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE	AREP	INFC
-------	-------	-----------------------------	------	------

- ¿Cuándo se mudó la persona(s) arriba nombrada a Nevada?
- ¿Tiene la intención de seguir viviendo en Nevada? SÍ NO
- Alguien, solicitando para asistencia, ha RECIBIDO algún tipo de asistencia pública en los últimos 90 días? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ: _____ Dónde: _____ Cuándo: _____
 Nombre de la persona Ciudad Condado Estado Mes/Año

Si está solicitando para Medicaid, usted puede solicitar un pago de cualquiera para gastos médicos que ha tenido en los últimos tres meses antes de esta solicitud médica. Esto se conoce como ASISTENCIA MÉDICA ANTERIOR.

- ¿Hay alguien que desea solicitar para asistencia médica anterior? Meses Solicitados _____ SÍ NO
¿Quién?: _____
- ¿Ha estado alguien, solicitando para asistencia, en un hospital, hogar de ancianos u otra institución médica durante los últimos 3 meses? SÍ NO
¿Está usted actualmente en un hospital, asilo de ancianos u otra institución médica? SÍ NO
Si la respuesta es SÍ, ¿Quién?: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____
Nombre de la institución/Dirección: _____
- Es usted (marque CADA respuesta que aplica a usted) 65 años de edad o mayor Ciego Discapacitado
- Si está discapacitado, fecha que empezó la discapacidad más reciente: _____
¿Qué es su discapacidad? _____

Bajo pena de perjurio, yo juro que las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y exactas.

Su Firma

Fecha

FOTOCOPIA Y FECHA DE SELLO PÁGINA 1 PARA ESTABLECER LA FECHA DE LA SOLICITUD.

8. ¿Algún miembro de su hogar es un veterano?

NOMBRE	Rama o afiliación militar	Número de reclamo de VA	Número de Serie	Fechas de Servicio
				-- --
				-- --

9. ¿Ha trabajado para una compañía de ferrocarril o para el gobierno federal, estatal, condado o ciudad? SÍ NO
Si la respuesta es SÍ, complete abajo.

Nombre del empleador		
Dirección del empleador		
Fechas que fue empleado	número de reclamo	número de identificación

10. ¿Algún miembro del hogar tiene beneficios médicos a través de Medicare (Parte A o B)

o cobertura de Retiro Ferroviario? ¿Quién? _____ No. de reclamación _____ SÍ NO

11. ¿Alguien tiene algún seguro médico o dental o está disponible para usted a través de cualquier otra Fuente? SÍ NO

¿Quién?: _____

Nombre de la compañía de seguro y dirección: _____

Póliza en nombre de _____ Dueño de Póliza Número de Seguro Social _____
Grupo o Póliza _____ Fecha de vigencia de la cobertura _____

12. ¿Algún miembro del hogar se ha herido en un accidente? SÍ NO

¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____

13. ¿Quiere que otra persona aparte de usted solicite beneficios o actúe en su nombre? SÍ NO

(Esto incluye obtener y utilizar SNAP para usted. Esta persona tiene que tener al menos 18 años y tener I.D.) Si la respuesta es SÍ, complete abajo.

¿Quién?: _____

NOMBRE _____ Dirección _____
Número de teléfono _____ EDAD _____

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA	PROP
----------------------------------	-------------

14. Si usted o su cónyuge reside en una institución médica, independientemente del estado de salud, ¿tiene la intención de volver a su casa? SÍ NO

15. ¿Esta residencia está ocupada por un cónyuge comunitario, un pariente dependiente u otra persona? SÍ NO

16. ¿Recibe usted ingresos por alquiler de su casa? SÍ NO

17. ¿Qué es el valor justo de mercado por su casa? \$ _____

18. ¿Qué cantidad se debe por su casa? 1º Hipoteca _____ 2º Hipoteca _____

BANCO	VEHÍC	RECU	RECURSOS	VIDA	PROP	TRAN
--------------	--------------	-------------	-----------------	-------------	-------------	-------------

19. Listar todos los recursos que usted o un miembro de su hogar tienen, tal como: cuentas bancarias/de asociación de crédito, acciones y bonos, bienes, seguro de vida y entierro, etc.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios disponibles _____ | <input type="checkbox"/> Cuentas individuales de dinero indígena (IIM) | <input type="checkbox"/> Otros tipos de cuentas |
| <input type="checkbox"/> Fondos/Planes de entierro | <input type="checkbox"/> Cuentas de retiro individuales (IRA) | <input type="checkbox"/> Otras casas, terrenos o edificios |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheques de negocio | <input type="checkbox"/> Cuentas Keogh (401K) | <input type="checkbox"/> Pagarés o contratos |
| <input type="checkbox"/> Equipo de negocios/Inventario | <input type="checkbox"/> Derechos sobre Tierra/Minerales | <input type="checkbox"/> Caja Fuerte |
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo disponible \$ _____ | <input type="checkbox"/> Herencia en vida/Arrendamientos en ida | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros |
| <input type="checkbox"/> Certificados de Depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Pólizas de seguro de vida | <input type="checkbox"/> Bonos de ahorros |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheques | <input type="checkbox"/> Ganado/Caballos | <input type="checkbox"/> Acciones/Bonos |
| <input type="checkbox"/> Club de Navidad | <input type="checkbox"/> Reclamos mineros | <input type="checkbox"/> La casa donde vive |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de asociaciones de crédito | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Fondos Fiduciarios no disponibles |

Dueño(s)	Tipo de Recurso	Cuenta/Número de la póliza	Valor de cuenta	Cantidad debida

Otro _____

20. ¿Cualquier de los recursos, en pregunta 19 son para COSTOS DE ENTIERRO?

SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, cuál artículo(s): _____

21. Listar todos los automóviles, camionetas, vehículos de recreación, remolques, etc para todas las personas solicitando asistencia. INCLUYA VEHÍCULOS QUE NO FUNCIONAN.

- Automóvil Motocicleta Casa Móvil emolque / Autocaravana Ninguno
 Camioneta/Van Motonieve Barcos/Motores Otro Vehículo (Dunebuggy, ATV, ect)

Dueño(s)	Año, Marca y Modelo	Valor	Revisar si está registrado	Dueño(s)	Año, Marca y Modelo	Valor	Revisar si está registrado

22. ¿Alguien ha transferido, vendido, intercambiado o regalado dinero, vehículos, propiedades u otros recursos, cerrado alguna cuenta de banco o comprado anualidades en los últimos 60 meses? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, fecha dado _____ valor del propiedad y/o regalos en efectivo _____ descripción de _____ precio total de venta _____

23. ¿Ha usted o su cónyuge ejecutado un fondo fiduciario, anualidades, orden judicial y/o comprado un pagaré, un préstamo, o herencia en vida? SÍ NO

Tenga en cuenta que, en virtud de las disposiciones de la asistencia médica para el cuidado institucional, anualidades compradas a partir del 8 de febrero 2006 deben nombrar el Estado de Nevada como beneficiario restante.
Si la respuesta es SÍ, adjunte una copia(s) del documento(s) con esta solicitud.

INGJ	MISMO	INFORMACIÓN DE INGRESOS	OING	RENU
------	-------	--------------------------------	------	------

24. Listar el empleador actual Y último para TODOS los miembros del hogar.

Fechas de Empleo MM/AA	NOMBRE, Dirección del Empleador o Capacitación	Frecuencia de Pago	Pago por hora	Horas Trabajados	Pago por hora	Propina recibida por período de pago
Nombre: _____						
Comienzo: — —						
Terminó: — —						
Nombre: _____						
Comienzo: — —						
Terminó: — —						
Nombre: _____						
Comienzo: — —						
Terminó: — —						
Nombre: _____						
Comienzo: — —						
Terminó: — —						

25. ¿Alguien en el hogar ha solicitado o recibe actualmente algún dinero que no sea de un trabajo? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, complete las casillas abajo.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Manutención de Niños/pensión alimenticia (padre ausente)
<input type="checkbox"/> Contribuciones/Regalos
<input type="checkbox"/> Asistencia del condado/Asistencia general
<input type="checkbox"/> Asistencia educativo.
<input type="checkbox"/> Pagos de condado temporal.
<input type="checkbox"/> Liquidaciones de seguro
<input type="checkbox"/> Intereses/Dividendos
<input type="checkbox"/> Préstamos
<input type="checkbox"/> Pagos Únicos
<input type="checkbox"/> Asignación militar | <input type="checkbox"/> Reclamos mineros
<input type="checkbox"/> TANF de Indios Nativos
<input type="checkbox"/> Pidiendo limosna
<input type="checkbox"/> Pensions/Retirement
<input type="checkbox"/> Railroad Retirement
<input type="checkbox"/> Regalías
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social por Incapacidad
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social de Jubilación
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social para Sobrevivientes
<input type="checkbox"/> Beneficios a huelguistas | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
<input type="checkbox"/> Asistencia de TANF
<input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad temporal
<input type="checkbox"/> Asistencia de Tribú/IGA
<input type="checkbox"/> Ingresos de fondos fiduciarios
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo
<input type="checkbox"/> Subvención de servicios públicos de vivienda
<input type="checkbox"/> Cheque de reembolso de servicios públicos
<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos
<input type="checkbox"/> Ganancias
<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores |
|--|---|---|

Otro: _____

Tipo de Ingreso	Quién lo recibe	Cantidad	Frecuencia	Tipo de Ingreso	Quién lo recibe	Cantidad	Frecuencia

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE	SHST
--------------------------------	-------------

26. Complete lo siguiente sobre su cónyuge actual o más reciente. Si su cónyuge ha fallecido, complete toda la información que sea posible.

Nombre del cónyuge			
Dirección			
Números de Seguro Social		Fecha de Nacimiento:	Fecha de fallecimiento
¿Veterano? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Divorciado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Viudo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
No. de reclamación	Fecha: / /	Fecha: / /	
Nombre del empleador/Dirección		Seguro médico	¿Estás cubierto? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Número de reclamo de RR o gobierno		Años empleado	

Nombre del cónyuge			
Dirección			
Números de Seguro Social		Fecha de Nacimiento:	Fecha de fallecimiento
¿Veterano? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Divorced? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Widowed? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
No. de reclamación	Fecha: / /	Fecha: / /	
Nombre del empleador/Dirección		Seguro médico	¿Estás cubierto? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Número de reclamo de RR o gobierno		Años empleado	

SOLICITUD DEL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL

COMPLETE ESTA PÁGINA SI ESTÁ SOLICITANDO PARA SNAP COMO UN SOLICITANTE DE EXENCIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL HOGAR O CÓNYUGE DEL SOLICITANTE SOLICITANDO ASISTENCIA DE HOSPITAL O ASILO DE ANCIANOS.

27. ¿Compra y prepara su comida normalmente con las demás personas en su hogar? SÍ NO
28. ¿Qué es la cantidad bruta TOTAL que su hogar espera recibir este mes de cualquier fuente? \$ _____
29. ¿Cuánto tienen todas las personas en dinero en efectivo, cuentas de cheques y cuentas de ahorros? \$ _____
30. ¿Cuánto es su costo mensual actual de vivienda (alquiler/hipoteca) y servicios públicos? \$ _____
31. ¿Alguien en el hogar recibe beneficios de otro estado? SÍ NO
¿Cuándo? _____ Ciudad/Condado/Estado? _____
32. ¿Algún miembro de su hogar está en huelga? Si la respuesta es SÍ, complete abajo. SÍ NO

Nombre de la persona en Huelga	Fecha que empezó y terminó la Huelga	Nombre del empleador, Dirección y Número de teléfono
	- -	
	- -	

33. ¿Hay miembros no ciudadanos viviendo en el hogar? SÍ NO
34. ¿Algún miembro del hogar que solicita asistencia actualmente es buscado por alguna agencia de la ley por algún motivo (incluido el interrogatorio)? SÍ NO
35. ¿Algún miembro en el hogar solicitando asistencia ha sido condenado por cualquier infracción relacionada con drogas? SÍ NO
36. ¿Alguien en su hogar solicitando asistencia actualmente sancionado por una violación intencional del programa? SÍ NO

RENTA	CASA	SUDE	MEDI	GASTOS	MINS	UTIL	DCEX	MEDX
-------	------	------	------	---------------	------	------	------	------

Si reclama y proporciona comprobante de vivienda, servicios públicos, cuidado de dependientes y/o gastos médicos, su cantidad de SNAP puede ser más. Si tiene alguno de estos gastos y no los reclama y/o no proporciona pruebas, sus beneficios de SNAP pueden ser menos de lo que recibiría si se reclamaran los gastos. Fallo de reclamar o proporcionar los gastos se mirará como una declaración de su hogar que no quiere recibir una deducción de ingreso para el gasto no reportado.

37. ¿Paga alguien en el hogar manutención por orden de corte a alguien que no vive con usted?? SÍ NO/deseo reclamar
38. ¿Alguien está pagando para o es acusado por el caso de un niño dependiente o adulto discapacitado para que alguien en el hogar puede trabajar, asistir la capacitación, la escuela, o buscar trabajo? SÍ NO Cantidad \$ _____
39. ¿Alguien en el hogar espera cualquier cambio de ingreso, gastos u horas de trabajo? SÍ NO
¿Fue usted facturado o espera pagar costos médicos (facturas de hospitales/doctor, recetas, facturas dentales, etc.) para cualquier persona en su hogar que tiene 60 años o mayor o discapacitado? SÍ NO
40. Listar los gastos de vivienda mensuales para su hogar.
- | | | | | | |
|-----------------------------------|----------|-------------------------|----------|----------|----------|
| Renta o Renta de espacio | \$ _____ | Electricidad | \$ _____ | Agua | \$ _____ |
| Hipoteca (incluyendo el 2º) | \$ _____ | Gas natural | \$ _____ | Basura | \$ _____ |
| Impuestos de propiedad | \$ _____ | Propano | \$ _____ | Drenaje | \$ _____ |
| Seguro de Propietario de vivienda | \$ _____ | Aceite para calefacción | \$ _____ | Teléfono | \$ _____ |
| Cuotas de Asociación | \$ _____ | Madera | \$ _____ | Otro | \$ _____ |
41. ¿Paga alguien más una porción de su renta o servicios públicos? SÍ NO
¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____
42. ¿Es la renta subvencionado por el gobierno (HUD, Sección 8, Vivienda Pública Federal, etc.) SÍ NO
43. Listar el nombre del propietario/compañía de renta, dirección y número de teléfono.

Nombre del propietario	Dirección	Teléfono
------------------------	-----------	----------

FOR OFFICE USE ONLY - EXPEDITED SERVICE SCREEN - Household eligible for expedited service.	
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Expedited Service Screener's Signature:	Date:

FIRMA Y AFIRMACIÓN

La información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación o investigación por oficiales federales, estatales y locales. Si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener elegibilidad del programa, sus beneficios pueden ser reducidos, negados, o terminados. Si usted recibe beneficios a los que usted no tiene derecho, usted debe reembolsar todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenían legítimamente derecho a recibir.

A los individuos que sean encontrados culpables de una violación intencional del programa de SNAP se les prohibirá la participación en el programa por doce (12) meses por la primera violación, veinticuatro (24) meses por la segunda violación y PERMANENTEMENTE por la tercera violación.

El uso, transferencia, alteración, adquisición o posesión ilegal de SNAP se castiga con una multa hasta de \$250,000, encarcelamiento hasta por veinte (20) años o ambos. Usted es responsable de cualquier sobre pago que resulte de información errónea. Un juzgado también puede excluir una persona del programa por 18 meses adicionales. La persona también puede estar sujeto a cargos adicionales bajo las leyes federales.

El estatus de no ciudadano calificado se verificará con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (BCIS) con respecto a la elegibilidad.

Yo deseo que los pagos bajo el programa de seguro médico (Parte B de título XVIII) se hagan directamente a los médicos y proveedores en cualquier factura en el futuro no pagado por servicios médicos y otros servicios de salud proporcionados mientras elegible para asistencia de beneficios sociales.

Información de elegibilidad y de ingresos se solicita regularmente del Departamento de Seguridad de Empleo del Estado de Nevada, la Administración del Seguro Social, y el Servicio de Impuestos Internos, y son utilizados para determinar su elegibilidad para y cantidad de asistencia pública.

Por lo presente, yo asigno a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social, como condición de elegibilidad, todos los derechos al apoyo médico u otros pagos por la atención médica para mí mismo y para todas las personas por cual estoy solicitando/recibiendo asistencia. Cooperaré con la División para obtener beneficios y/o pagos de terceros para atención médica.

Entiendo que tengo la responsabilidad de informar a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social si yo, o alguien de mi parte, iniciar una acción legal contra alguien para recuperar dinero como reembolso por atención y tratamiento médicos pagados por el programa Medicaid Y que tengo que avisar a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social si yo, o alguien de mi parte, solicita o recibe una oferta de un acuerdo de dinero como reembolso para la atención y tratamiento médicos pagados por el programa Medicaid. Entiendo que tengo que entregar cualquier dinero recibido a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social.

Beneficiarios de Medicaid que son: 1) 55 años de edad o mayor; O 2) pacientes internados en un centro médico pueden ser responsables del reembolso de los gastos de Medicaid pagados en su nombre. La recuperación se lograría del patrimonio del beneficiario después de su muerte o después de la muerte de su cónyuge sobreviviente. (Vea el Formulario 6160-AF, Operación del Programa.)

Cualquier persona que firma una solicitud para asistencia por el indigente médico y falla de reportar lo siguiente puede ser personalmente responsable de cualquier dinero pagado incorrectamente al beneficiario:

- 1) cualquier información requerida por la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social que la persona conocía al momento de firmar la solicitud; o
- 2) dentro el período permitido por la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social, cualquier información requerida a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social que la persona obtuvo después de llenar la solicitud.

Yo entiendo que como padre de un hijo discapacitado menor de edad que recibe servicios bajo el programa de Medicaid:

- 1) Yo soy responsable por contribuir a la manutención de mi hijo, reembolsando a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social del Estado de Nevada, por dichos servicios conforme al NR 125B.020 y NRS 422.310.
- 2) Yo estoy de acuerdo en cooperar con la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social y proporcionar al programa de Medicaid de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social, toda la información acerca de ingresos, recursos y seguro médico, necesaria para determinar la cantidad del reembolso.
- 3) Yo entiendo que si no coopero o no proporciono la información solicitada, seré responsable por un pago de reembolso mensual de \$1,900.

Entiendo que el “período de uso intentado” para los beneficios de SNAP depositados en una cuenta EBT es de 274 días a partir de la fecha que estuvieron disponibles. Los beneficios de SNAP que no se hayan tocado en una cuenta EBT durante 274 días serán removidos de la cuenta y se devolverán a los Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS) según lo exigen las regulaciones federales. Las regulaciones federales permiten que los beneficios no utilizados se apliquen (acrediten) a cualquier reclamo (deuda) pendiente de SNAP en el que haya incurrido el hogar antes de ser devuelto a FNS. Por la presente doy permiso a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social para aplicar cualquier beneficio EBT SNAP no utilizado a cualquier deuda SNAP o pendiente que yo o cualquier otro miembro adulto de mi hogar tenga con el Programa SNAP.

Opción opcional de inclusión/exclusión de mensajes de texto

La información proporcionada en esta solicitud, incluyendo sus números de teléfono, será compartida con cualquier División del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) y Organización de Atención Administrada (MCO) a la que se le haya asignado. El consentimiento autoriza llamadas y/o mensajes de texto de DHHS, MCO, o cualquier contratista actuando en su nombre, a cualquier número de teléfono que usted proporcione en esta solicitud, ahora o en el futuro, incluyendo información sobre necesidades y tratamiento de cuidado de salud, servicios de bienestar, beneficios del plan, elegibilidad, renovación y/o redeterminación, y para cualquier otra comunicación relacionada con su relación con DHHS o MCO con respecto a la cobertura de salud. Estas llamadas/mensajes de texto pueden realizarse utilizando tecnología automatizada, como un sistema de marcación telefónica automática o un mensaje de voz artificial o pregrabado. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos.

(Marque uno de lo siguiente):

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto como se describe anteriormente. Teléfono preferido

() -

Inicial _____

No doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto como se describe anteriormente.

Selección del plan de salud/ Organizaciones de preferencia de atención administrada

Las familias que viven en los condados urbanos de Washoe County o Clark County están cubiertas por una organización de atención administrada (MCO). Se le pide que elija uno de los siguientes planes de salud. Si usted no indica una preferencia, le asignará un plan al azar. Su selección de plan de salud no garantiza la aceptación en los programas Nevada Medicaid o Nevada Check-Up. Si usted o miembros familiares ya están inscritos en uno de los MCOs actualizados, no podrá cambiarlo en este momento. Las familias inscritas recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud.

¿Cuál Opción Atención Administrada le Gustaría?	Teléfono de contacto	Sitio web (Visite para más información)
<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross y Blue Shield Healthcare Solutions	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.htm
<input type="checkbox"/> Molina Healthcare	1-833-685-2109	meetmolina.com/nv-medicaid
<input type="checkbox"/> SilverSummit Healthplan	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com
<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member

No Preferencia (Nota: Si no escoge una opción de atención administrada, usted será asignado uno al azar por Medicaid)

Para más información en los planes diferentes de MCO, visite <https://dhcnp.nv.gov/Members/BLU/MCOMain/>. Si necesita buscar un proveedor, visite <https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Home/tabid/135/Default.aspx>, y buscar un proveedor o puede llamar uno de las oficinas del distrito local de Medicaid hacia abajo:

Llame gratis estatal (800) 992-0900	TTY (800) 326-6888	Carson City (775) 684-3651	Reno (775) 687-1900	Las Vegas (702) 668-4200	Elko (775) 753-1191
--	-----------------------	-------------------------------	------------------------	-----------------------------	------------------------

Si tengo 60 años de edad o más, doy mi consentimiento para la divulgación de mi identidad y renuncio a mi derecho como una persona mayor de tener mi identidad confidencial. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida.

Yo entiendo las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Yo estoy de acuerdo en notificar a la División de Bienestar y de Apoyo Social de cualquier cambio de circunstancias en mi hogar que pueda afectar mis beneficios. Entiendo que no informar cambios en las circunstancias puede resultar en un cobro de pagos excesivos/cargos criminales.

Entiendo que los números de Seguro Social (SSN) se utilizan para verificar ingresos y recursos, para verificar que beneficios están disponibles, como números de casos en la computadora, reunir información laboral para investigación para ayudar los legisladores y agencias mejorar servicios a los habitantes de Nevada, investigar fraude, recuperar el sobrepago de beneficios, asegurar de que nadie reciba beneficios en más de un hogar (beneficios dobles) o mientras que están encarcelados o en prisión o fallecido y coincide con otros registros federales y estatales. Por ejemplo: Programa de Cumplimiento de la Manutención de Niños (CSEP), Beneficios del Seguro de Desempleo (UIB), Servicio de Impuestos Internos (IRS), de Medicaid y de la Administración del Seguro Social (SSA), y los registros policiales/de prisión. Al firmar este formulario, permito que la agencia utilice mi SSN con el propósito explicado en este formulario. Esto incluye a cualquier persona menor de 18 años para la que estoy solicitando.

Yo autorizo al Departamento de Salud y Recursos Humanos a realizar investigaciones acerca de mí o cualquier otro miembro de mi hogar que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios recibidos o por recibir bajo programas administrados por la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social. Por lo presente autorizo y consiento a la divulgación de toda la información acerca de mí o de mis miembros del hogar al Departamento de Salud y Servicios Humanos por el titular de la información, tales como, pero no limitado a, información de salarios, la información hecha confidencial por ley, así como la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225, o cualquier otra disposición de la ley. Esta información también debe incluir registros de educación (incluyendo registros de IEP) que se mantienen en el distrito escolar local, los cuales son necesarios para los reembolsos de Medicaid para servicios de salud proporcionados a mi hijo. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la liberación (divulgación) de la información requerida. **UNA REPRODUCCIÓN DE ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERA LEGALMENTE COMO UNA COPIA ORIGINAL.**

Yo me doy cuenta que tenemos que dar información completa y exacta, y que la ocultación deliberada de ingresos y bienes puede resultar en cargos criminales. Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son exactas y completas a mi leal saber y entender y habilidad.

Si esta solicitando para alguien más y no pueden firmar, firme su nombre en la línea de firma del solicitante (p ej. John Doe para Mary Doe).

Firma o marca del solicitante	Fecha	Firma o marca del Cónyuge del solicitante	Fecha
-------------------------------	-------	---	-------

TESTIGO: (UTLICE SI EL SOLICITANTE NO PUEDE LEER O ESCRIBIR O ES CIEGO)

La información contenido en está solicitud ha sido leído al solicitante y he sido testigo de lo anterior firma

Firma del testigo	Dirección	Fecha
-------------------	-----------	-------

EN CASO DE EMERGENCIA, NOTIFICAR:

Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
--------	----------	-----------	--------------------

La persona solicitando asistencia TIENE QUE firmar abajo.

Yo certifico que bajo pena de perjurio, que al firmar mi nombre abajo, lo que he reportado es exacto del estatus de la ciudadanía para todos los miembros del hogar.	Ciudadano o de los EE.UU. o Nacional	No Ciudadano Legalmente Admitido	Otro	Fecha
1.				
2.				

FOR OFFICE USE ONLY	
Case Manager Signature	Date

AVISO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES

COMO UN SOLICITANTE/BENEFICIARIO PARA BENEFICIOS DE SERVICIOS SOCIALES DEL ESTADO DE NEVADA, POR LA PRESENTE SE LE INFORMA QUE:

Usted tiene los siguientes DERECHOS:

1. Tiene el derecho a una audiencia si su solicitud para asistencia o servicios es negado, reducido, terminado, o se ha tomado una decisión en un plazo razonable al menos que la ley estatal o federal requiere tal acción. Puede obtener una audiencia enviando por correo por escrito a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social. Usted puede ser representado por consejo legal o por un pariente, amigo u otra persona representante o puede representarse a ti mismo.
2. La División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social proporciona asistencia nutricional y médico y servicios sin discriminación sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles de acuerdo con las reglas y regulaciones federales. Cuando la División paga a otra agencia, institución o persona por servicios a los clientes de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social, el proveedor no puede discriminar por ningún motivo de acuerdo con las reglas y regulaciones federales.
3. Si es casado y viviendo separado y aparte de su cónyuge, usted tiene el derecho de entrar en un acuerdo por escrito por cual divide igual sus ingresos y/o recursos en comunidad entre los dos. Si se hace esto, solo se contarán los ingresos o recursos que el acuerdo especifica como suyos para determinar la elegibilidad, a menos que su cónyuge ponga a su disposición una parte de sus ingresos o recursos. La porción a su disposición será contado para determinar/continuar su elegibilidad. El acuerdo escrito debe ser específico en cuanto a qué bienes se dividirán y como se dividirán entre ustedes. Se sugiere consultar asistencia legal si decide entrar en dicho acuerdo.
4. Cuando una orden de corte divide recursos comunitarios, excluyendo ingreso, entre usted y su cónyuge bajo las provisiones de las Leyes de 1987 de Capítulo 123 de Nevada, solo estos recursos disponibles se contarán para determinar/continuar su elegibilidad a menos que su cónyuge ponga a su disposición una parte de sus recursos. La porción a su disposición será contado para determinar/continuar su elegibilidad.

Usted tiene las siguientes OBLIGACIONES:

1. Las personas institucionalizados o las personas recibiendo cuidado de enfermería en su hogar (incluye beneficiarios de SSI y no SSI) pueden ser responsables por pagar una porción de su ingreso hacia el costo del cuidado. **Esto se conoce como responsabilidad del paciente.** La oficina del distrito debe ser notificado de inmediato de cualquier cambio de ingresos.
2. Todos los miembros del hogar deben proporcionar comprobante de su número de Seguro Social, o una solicitud para obtener uno. La autoridad de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social de requerir los números de Seguro Social esta en la Sección 1137 de la Ley del Seguro Social. El número de Seguro Social se utiliza para determinar y verificar la elegibilidad para beneficios a través de comparación computarizada y para prevenir y detectar fraude y abuso.
3. Si está solicitando/recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), tiene que informar su Gerente del Caso inmediatamente de lo siguiente:
 - a. Comprobante escrito de su solicitud para SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario);
 - b. Comprobante de su determinación de elegibilidad de SSI;
 - c. Terminación de SSI;
 - d. **CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN;**
 - e. Ingreso (si esta institucionalizado);
 - f. Cualquier otro cambio/información que pueda afectar su elegibilidad para recibir asistencia.

4. Si **NO** está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), usted debe informar su gerente del caso inmediatamente de lo siguiente:
 - a. **CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN;**
 - b. Cualquier cambio en bienes o propiedades;
 - c. Cualquier cambio de ingreso para usted afectando su elegibilidad debe ser reportado. Esto incluye cualquier recibo de aumento, reducción o terminación de cualquier forma de ingreso, incluyendo ganancias, desempleo, beneficios de Seguro Social, beneficios de veteranos, retiro ferroviario, ingreso, Seguro de Empleadores Compañía de Nevada (EICON), manutención de niños y contribuciones de parientes y amigos excluyendo ingreso;
 - d. Cualquier cambio/información que pueda afectar su elegibilidad para recibir asistencia.
5. Si está solicitando beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)

Se requiere que reporte todos los cambios en su hogar a partir de la fecha en que presenta su solicitud hasta el día de su entrevista. Una vez que los beneficios de SNAP son aprobados, usted recibirá una notificación informándole de sus requisitos específicos. Si a su hogar se le clasifica como un Hogar de Reporte de Cambios de Condición se requerirá que reporte los cambios dentro de 10 días a partir de la fecha que ocurrió el cambio.

Si a su hogar se le clasifica como un Hogar de Reporte Simplificado solamente debe reportar la mudanza fuera del estado o cuando los ingresos de su hogar exceden el 130% del nivel federal de pobreza según el tamaño de su hogar.
6. SNAP permite utilizar como deducción ciertos gastos del hogar como renta, hipoteca, impuestos de propiedad, seguro de propietario de vivienda, gastos por servicios públicos, cuidado de niño/dependiente y manutención de niños pagados por el hogar para determinar la cantidad de beneficios de SNAP para los cuales su hogar es elegible, siempre y cuando el gasto sea reportado y verificado. Los gastos médicos de más de \$35.00 son permitidos si hay un anciano o una persona discapacitada solicitando beneficios. Si usted no reporta o verifica cualquiera de los gastos indicados en la solicitud, se considerará que no quiere tener una deducción por los gastos no reportados o no verificados.
7. Su caso puede ser verificado por la unidad de control de calidad por exactitud de beneficios pagados o asignados. Usted es requerido a cooperar con la evaluación.
8. Debe ayudar al Programa de Servicios de Cumplimiento de Manutención de Niños o al fiscal del distrito a establecer la paternidad de un niño nacido fuera del matrimonio y ayudar a obtener asistencia médica y pagos para todas las personas que solicitan o reciben asistencia.

AVISO ESPECIAL:

1. No cooperar o negarse de cumplir con lo anterior puede resultar en su terminación del programa de beneficios sociales. La información anterior debe ser reportada a su gerente del caso; reportando a otras agencias gubernamentales tal como el Seguro Social no cumple con su obligación como un beneficiario de beneficios sociales. Periódicamente esta agencia puede enviarle correspondencia que requiere que usted responda antes de una fecha determinada. Si se encuentra fuera de casa, no está excusado de su responsabilidad de responder para la fecha designada. Tome en consideración la posibilidad de hacer arreglos para su correo durante su ausencia.
2. Se solicitará regularmente información sobre elegibilidad e ingresos del Departamento de Seguridad de Empleo del Estado de Nevada, la Administración del Seguro Social, y el Servicio de Impuestos Internos, y se utilizará para determinar su elegibilidad para recibir asistencia.
3. Cambios deben ser reportados inmediatamente después de que haya presentado su solicitud y antes de que se aprueben sus beneficios. Una vez que sus beneficios de SNAP son aprobados, usted debe reportar dentro de 10 días a partir de la fecha que ocurrió el cambio, y una vez que sus beneficios de Medicaid son aprobados, comprobante del cambio tiene que tener el sello postal a más tardar el 5º día del mes siguiente. El gerente del caso podría solicitar comprobantes adicionales sobre el cambio. Usted será requerido a presentar comprobantes para una fecha determinada para continuar siendo elegible o para evitar un sobre pago o un pago insuficiente de sus beneficios.

Solicitante/Beneficiario	Fecha	Case Manager Signature	Date

- Si tiene problemas entendiendo o completando estos formularios, pregúntale a un pariente, amigo o comuníquese con su oficina local de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social.

**SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR DONDE USTED VIVE AHORA,
¿desea registrarse a votar aquí hoy?
(Por favor marque una de las casillas)**

SÍ NO

Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que usted decidió no registrarse a votar en este momento.

La **LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES** le provee la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado.

NOTICIA IMPORTANTE: El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar **NO AFECTARÁ** la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.

Firma

Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capitol Complex, Carson City, Nevada 89701.

No envíe solicitudes aquí

No Discriminación

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) las normas y políticas de derechos civiles, esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, edad o discapacidad. Bajo la política de USDA, la discriminación esta además prohibido por motivos de creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

1. correo:
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o
2. fax:
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. correo electrónico:
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el enlace para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: https://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

No envíe solicitudes aquí

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS),

escribe a: Centralized Case Management Operations
US Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W. Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

o llame al: (202) 619-0403, (800) 368-1019 (voice) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Sus Derechos

Cualquier persona cuya solicitud para recibir asistencia haya sido negada, no se haya tomado una decisión en un plazo razonable o cuyos beneficios hayan sido reducidos o cancelados, puede pedir una conferencia o una audiencia. Puede solicitar una conferencia o audiencia por escrito a la oficina local del distrito de DWSS o a la oficina administrativa. Para SNAP, puede solicitar una audiencia llamando a la oficina local del distrito de DWSS. También puede solicitar una audiencia para programas de asistencia como SNAP o SNAP dentro de los 90 días desde la fecha de esta notificación. Para otros programas de Servicios Sociales, debe presentar una solicitud de audiencia dentro de 13 días desde la fecha de la notificación.

Se le notificará por escrito acerca de la fecha, hora y ubicación de la audiencia 10 días antes de la fecha de su audiencia. Usted podrá ser representado durante la conferencia/audiencia por cualquiera a quien le haya dado autorización por escrito, la cual deberá entregar a la oficina de DWSS antes de la conferencia/audiencia. Puede solicitar información acerca de los varios servicios legales gratuitos que se encuentran disponibles en su comunidad; por favor comuníquese con nosotros para esta información. Si no está satisfecho con la decisión de la audiencia, puede apelar su caso con la Corte del Distrito local del Estado de Nevada.

Sus Responsabilidades

Si está solicitando beneficios de Medicaid:

Debe reportar cambios de su dirección postal inmediatamente. Cambios adicionales deben ser reportados inmediatamente después de que haya presentado su solicitud y antes de que se aprueben sus beneficios. Una vez aprobados sus beneficios, debe reportar los siguientes cambios a más tardar al 5º día del siguiente mes. Debe reportar cambios como su dirección física, gastos de vivienda, su porción del pago de vivienda subvencionada, estado civil, estado laboral, cualquier dinero que reciba o ingresos de cualquier fuente, bienes/recursos, dirección de padres ausentes, cantidad de personas que viven en el hogar, el nacimiento de un niño en su hogar, asistencia a la escuela, la ausencia de algún miembro de su hogar aunque sea temporal (si es más de 30 días), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de su hogar.

Si está solicitando beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP):

Se requiere que reporte todos los cambios en su hogar a partir de la fecha en que presenta su solicitud hasta el día de su entrevista. Una vez aprobados los beneficios de SNAP, debe reportar los cambios requeridos dentro de 10 días desde la fecha en que ocurrió el cambio, basándose en los requisitos específicos para el reporte de cambios de su hogar. Recibirá una notificación informándole de sus requisitos específicos.

Si a su hogar se le clasifica como un Hogar de Reporte de Cambios de Condición se requerirá que reporte los mismos cambios como arriba indicados bajo la petición de TANF y Medicaid.

Si a su hogar se le clasifica como un Hogar de Reporte Simplificado solamente debe reportar la mudanza fuera del estado o cuando los ingresos de su hogar exceden el 130% del nivel federal de pobreza según el tamaño de su hogar.

El gerente del caso podría solicitar comprobantes adicionales sobre el cambio. Usted será requerido a presentar comprobantes para una fecha determinada para continuar siendo elegible o para evitar un sobre pago o un pago insuficiente de sus beneficios.

El Programa Suplementario de Asistencia Nutricional permite utilizar como deducción ciertos gastos del hogar como renta, hipoteca, impuestos de propiedad, seguro de propietario de vivienda, gastos por servicios públicos, cuidado de niño/dependiente y manutención de niños pagados por el hogar para determinar la cantidad de beneficios de SNAP para los cuales su hogar es elegible, siempre y cuando el gasto sea reportado y verificado. Los gastos médicos de más de \$35.00 son permitidos si hay un anciano o una persona discapacitada solicitando beneficios. **Si usted no reporta o verifica cualquiera de los gastos indicados en la solicitud, se considerará que no quiere tener una deducción por los gastos no reportados o no verificados.**

Utilizando fondos de TANF, DWSS, por intermedio de la Fundación de Salud Pública de Nevada (NPHF), ha desarrollado una clase con enfoque hacia adolescentes embarazadas y padres adolescentes que reciben asistencia de dinero de TANF. Los padres adolescentes que reciben beneficios y servicios de TANF se conocen como participantes de STARS (Respaldando a los Adolescentes para que Logren Éxito en la Vida Real). Esta clase se ha ampliado para incluir otras embarazadas y padres adolescentes que reciben otras formas de asistencia como SNAP y Bienestar Infantil. Esta clase de un día pone énfasis en conseguir empleo, el éxito en el lugar de empleo, como tomar decisiones, la administración de dinero y la salud, como métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual.

Además, Equipos de Acción Comunitaria (Community Action Teams), una entidad de la Fundación de Salud Pública de Nevada, realiza evaluaciones del embarazo en adolescentes y su prevención, e identifica métodos posibles para reducir el embarazo en adolescentes por medio de programas de abstinencia. Se promueve la participación de jóvenes, padres, empresas, iglesias, proveedores de atención de salud, cuerpos policiales, escuelas y otras organizaciones a prestar servicio en los Equipos de Acción Comunitaria. También se anima a los hombres de todas las edades para servir como ejemplos positivos, reforzando el mensaje de posponer las actividades sexuales.

Después de entregar su solicitud, puede llamar a nuestra Unidad de Respuesta de Voz (VRU) para averiguar si su caso fue aprobado, negado, terminado o sigue pendiente. El sistema VRU también puede informarle si se han emitido los beneficios y la cantidad. Para el Sur de Nevada, llame al (702) 486-1646; Norte de Nevada, llame al (775) 684-7200; Nevada rural, llame al (800) 992-0900. Su Número de Identificación Personal (PIN) para el sistema de VRU es _____.

Visite nuestro sitio web <http://dwss.nv.gov/>

Esta es su copia; guárdela para sus archivos.

