



## **REALIDADES QUE DEBE SABER SOBRE LA SOLICITUD DE AYUDA TEMPORAL EN EFECTIVO, EL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (ANTERIORMENTE CONOCIDO COMO CUPONES DE ALIMENTACIÓN) Y LA ASISTENCIA MÉDICA**

### **Números de seguro social**

- ✧ Debe proveernos un número de seguro social de cada miembro de la familia que desee los beneficios.
- ✧ Si una persona que desea beneficios no cuenta con un número de seguro social, esa persona debe solicitar un número. Podemos ayudar a los solicitantes a obtener sus números.
- ✧ Si un miembro de la familia ha solicitado un número de seguro social, no demoraremos su solicitud mientras usted aguarda el número.
- ✧ Utilizamos los números de seguro social para probar ingresos. No proveemos estos números a otras agencias como Migraciones y Naturalización.

### **Estado de ciudadanía e inmigración**

- ✧ Debe informarnos acerca del estado de ciudadanía e inmigratorio de cada miembro de la familia que desee beneficios.

### **Información**

- ✧ Si un miembro de la familia no nos informa sobre su estado de ciudadanía o inmigratorio o su número de seguro social, no obtendrá beneficios.
- ✧ Aun en ese caso deben darnos pruebas de ingreso, gastos y otras cosas.
- ✧ Los otros miembros de la familia que provean esta información, recibirán beneficios si cumplen las normas.

### **Asistencia médica de emergencia**

- ✧ Los inmigrantes que no sean elegibles para otros tipos de asistencia médica y soliciten solamente la asistencia médica en caso de emergencia no tienen que informarnos su número de seguro social ni su estado de ciudadanía o inmigratorio.

### **Límites de tiempo**

- ✧ La Asistencia Provisional en Efectivo tiene límites de tiempo.
- ✧ El programa complementario de alimentos (anteriormente, cupones de alimentos) y la Asistencia Médica no tienen límite de tiempo.
- ✧ Cuando la Asistencia Provisional en Efectivo finaliza debido al límite de tiempo, ingresos o por algún otro motivo, usted puede continuar recibiendo los beneficios complementarios de alimentos y la Asistencia médica.

### **Entrevistas**

- ✧ Usted, un familiar responsable o alguien que elija para representarlo deben concurrir a la oficina para una entrevista.
- ✧ Si tiene problemas graves o si se encuentra trabajando y no puede concurrir a nuestra oficina para una entrevista, podemos realizar la misma por teléfono.
- ✧ Debe darnos o enviarnos los comprobantes que le solicitemos durante la entrevista.

#### **Si necesita ayuda:**

**Para solicitar los beneficios o**

**Desea realizar consultas acerca de la información que debe proveernos**

**Desea saber qué sucederá con sus beneficios**

**No habla inglés y desea servicios de traducción gratuitos**

**Comuníquese con su gestor de casos al 1-800-332-6347**

**Si necesita ayuda para llenar el formulario por favor comuníquese al 1-800-332-6347.**

**DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE MARYLAND  
ADMINISTRACIÓN DE INVERSIONES FAMILIARES  
SOLICITUD PARA ASISTENCIA**

Fecha de Ingreso (Para uso de la Agencia)
---

Su nombre (Apellido, Nombres)	Teléfono (Casa)	Teléfono (Trabajo)
¿Dónde vive? (Número y calle)	# de Dep..	Ciudad
		Estado
		Código Postal
Dirección permanente (si es otra)		Teléfono celular

**¿Qué idioma habla?**  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

**Si no habla inglés y requiere servicios gratuitos de traducción, llame a su gestor de caso o al 1-800-332-6347.**

**¿Qué tipo de asistencia requiere ahora? (Marque todos los servicios que requiere)**

Asistencia en Efectivo  Servicios de Cuidado Infantil  Cupones de alimentos

Asistencia Médica - ¿Tiene cuentas médicas pendientes con fecha de los últimos 3 meses?  Sí  No

**¿Tiene alguno de los siguientes problemas?**

Servicios cortados  Desahucio o juicio hipotecario  Sin techo  Sin calefacción  Sin alimentos  No puede costear el cuidado infantil  otro: \_\_\_\_\_

**¿Está usted o alguien de su hogar embarazada?**  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha del parto \_\_\_\_\_

**¿Tienen discapacidades usted u otro miembro del hogar?**  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuál discapacidad? \_\_\_\_\_

<b>¿Qué tipo de asistencia reciben ahora o han recibido anteriormente usted u otro miembro del hogar? (Marque "Ahora" si actualmente recibe esta forma de asistencia)</b>	<b>¿Bajo qué nombre?</b>
Ahora 1.	1.
Ahora 2.	2.
Ahora 3.	3.

**En caso de solicitar el Programa de Cupones de alimentos** puede completar este formulario y devolvérselo ahora mismo. También puede completar su nombre y dirección, firmar la hoja y entregárnosla. Puede completar el resto en casa después y traerlo a esta oficina o enviarlo por correo. Sus beneficios de cupones de alimentos dependen de la fecha en que usted firma esta solicitud y la entrega al Departamento de Servicios Sociales. Puede recibir cupones de alimentos de inmediato si cumple con una de las siguientes condiciones:

- La renta o hipoteca mensual de su hogar y el costo de servicios equivalen a más que sus ingresos y recursos mensuales.
- Los ingresos mensuales totales de su hogar son menos de \$150 dólares y sus recursos, tales como cuentas de banco, suman \$100 dólares o menos.
- Su hogar consiste en trabajadores migrantes o de cosechas temporales.

Si no califica para recibir Cupones de alimentos de inmediato, procederemos con su solicitud no más de 7 días después de la fecha en que usted firme el formulario. No recibirá beneficios expedidos de Cupones de alimentos, en caso de ser elegible, hasta que recibamos el formulario de solicitud completado y le entrevistemos.

<b>SU FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
-----------------	--------------

**Sigue en la pág. 2**

<b>FOR AGENCY USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)</b>		
LDSS Office	Programs applied for or receiving	AU ID #s
Case Manager's Name		
Application/Redetermination Date		MA #s

**EXPEDITED SERVICES FOR FSP BENEFITS (NO ESCRIBIR EN ESTE ÁREA . SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA)**

Applicants who meet the standards below are eligible to receive Food Supplement benefits within 7 days. The customer must be interviewed, either in person or by telephone, in order to determine eligibility for expedited service. The application must be complete, signed, and identity verified before expedited benefits can be issued.

1. Is the total household income this month, before deductions, less than \$150 AND household cash/savings \$100 or less?  Sí  No

Estimated self-reported income for this month = \$ \_\_\_\_\_ Household's monthly rent or mortgage amount = \$ \_\_\_\_\_

Household cash and savings for all members = \$ \_\_\_\_\_ Appropriate utility standard (SUA, LUA or actual) = \$ \_\_\_\_\_

**A. Total income and liquid resources = \$ \_\_\_\_\_**

**B. Total shelter costs = \$ \_\_\_\_\_**

2. Is the total amount for **B. (Total shelter costs)** greater than the total for **A. (Total income and liquid resources)**?  Sí  No

3. Are the household members destitute migrant or seasonal farm workers whose cash and savings are \$100 or less?  Sí  No

**If the answer to any of the above questions is sí, this household is potentially eligible for Expedited FSP.**

4. If there is another reason why this household should NOT be expedited, list it here: \_\_\_\_\_

I certify that I screened this applicant for expedited Food Supplement benefits and determined that the household  was  was not eligible for expedited issuance at this time.

**Signature of Case Manager**

**Date**

## A. MIEMBROS DEL HOGAR

Escriba los nombres de **todos los que viven con usted** usando los espacios en blanco. Ponga su nombre primero. El número de Seguro Social y nacionalidad son opcionales para los miembros que no están solicitando beneficios. Use los códigos a continuación para completar las columnas de ciudadanía, raza y etnicidad. Ingrese cada código que aplique, usando al menos un código por persona.

**Códigos de etnicidad:** 1= Hispano o Latino, 2=No hispano/Latino

**Código de raza:** puede elegir uno o más códigos - 1=Indio americano/Nativo de Alaska, 2=Asiático, 3=Negro/Afroamericano, 4=Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico, 5=Blanco

**Código de ciudadanía/inmigración:** 1=Ciudadano de EE.UU., 2=Residente permanente, 3=Asilado, 4=Extranjero con ingreso condicional, 5=Libertad condicional 1 año o más, 6=Extranjero cuya deportación está retenida, 7=Refugiado, 8=cónyuge, hijo, o padre de hijo(s) extranjeros maltratados

**Nota: Usted no tiene que dar información acerca de su raza o etnicidad. Si lo hace, ayudará a demostrar que cumplimos la Ley de Derechos Civiles. No usaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no nos indica su raza, esto no afectará su solicitud. El gerente de caso le asignará un código racial sólo para fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite pedir esta información.**

Conteste las preguntas **debajo para cada persona que ↓ desea recibir beneficios**

SOLICITA ASISTENCIA (Sí o No)	NOMBRE (Apellido Paterno, Nombres)	¿Qué parentesco tiene con usted?	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ETNICIDAD	RAZA	ASISTE LA ESCUELA (Sí/No)	NIVEL ESCOLAR COMPLETADO	CIUDADANO DE LOS EE.UU. (Sí o No)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

¿Alguno(s) de los miembros del hogar pagan renta o son huéspedes?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién(es)? \_\_\_\_\_

## B. CIUDADANÍA/ ESTADO DE INMIGRACIÓN

Si una de las personas para quienes solicita asistencia no es un ciudadano de los Estados Unidos, debe llenar esta sección. SOLO DEBE RESPONDER A ESTAS PREGUNTAS PARA AQUELLAS PERSONAS QUE DESEAN BENEFICIOS. Si no es elegible para otros tipos de Asistencia Médica y está solicitando únicamente Asistencia Médica para Emergencias, no tiene que completar esta sección.

Miembro del hogar	INS Status	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada en los EE.UU.:	Número INS:	
Miembro del hogar	Situación migratoria	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada en los EE.UU.:	Número INS:	
Miembro del hogar	Situación migratoria	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada en los EE.UU.:	Número INS:	
Miembro del hogar	Situación migratoria	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada en los EE.UU.:	Número INS:	
Miembro del hogar	Situación migratoria	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada en los EE.UU.:	INS Número:	

**C. REPRESENTANTE AUTORIZADO:**

Puede elegir a una persona que solicite asistencia de su parte. También puede elegir a una persona que reciba beneficios con su Tarjeta de Independencia. Esta persona puede utilizar sus beneficios de la misma manera en que usted lo hace. Si elige a alguien para ayudarlo, debe proporcionarnos los siguientes datos sobre esta persona y marcar qué es lo que quiere que haga.

Nombre (Apellido paterno, nombres)	Parentesco	Número de teléfono	
Número, calle	Ciudad	Estado	Código postal

Marque qué quiere que haga su representante:  
 Completar la entrevista de su parte       Utilizar su Tarjeta de Independencia (efectivo)       Recibir sus avisos  
 Firmar su solicitud       Utilizar sus beneficios de Cupones de alimentos       Recibir su tarjeta de Asistencia Médica

**D. ESTUDIANTES**

¿Algún miembro del hogar entre las edades de 18 y 50 años asiste a una escuela de educación superior (universidad, escuela vocacional o instituto técnico)?

Sí  No Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

¿Tiene empleo el estudiante?  Sí  No

¿Recibe el estudiante becas o préstamos?  Sí  No Cantidad \$ \_\_\_\_\_

Costo de matrícula \$ \_\_\_\_\_ Libros \$ \_\_\_\_\_ Gastos \$ \_\_\_\_\_ Transporte \$ \_\_\_\_\_

**E. RECURSOS/ACTIVOS**

¿Posee alguien en el hogar cualquier recurso o activo tal como una cuenta de cheques o de ahorros, acciones, bonos, efectivo, propiedades aparte de su vivienda, plan de entierro prepago, fondo fiduciario, fondo de ahorros para la jubilación o cuenta KEOGH?  Sí  No En el caso afirmativo, favor de completar la siguiente lista:

NOMBRE DEL DUEÑO (Especificar si trabaja por cuenta propia)	TIPO DE RECURSO / ACTIVO	SALDO/VALOR	UBICACIÓN (Nombre del banco, en el hogar, etc.)

**F. TRASLADO DE ACTIVOS**

¿Alguien en su hogar ha vendido, intercambiado o regalado propiedades, bonos, acciones, efectivo u otros activos durante los últimos 36 meses? (60 meses para aquellos casos en que existe un fondo fiduciario)

Dueño anterior	Fecha de transferencia	¿Quién recibió el activo?	Tipo de activo

Valor justo de venta \$	Cantidad recibida \$	Razón para la transferencia

**G. INGRESOS PERCIBIDOS**

¿Alguien en su hogar recibe ingresos por empleo?  Sí  No En caso afirmativo, haga una lista de todos los ingresos brutos **previos a cualquier deducción** (tal como un empleo de tiempo completo o de medio tiempo, trabajo por su propia cuenta, cuidado infantil, trabajos eventuales, trabajo de jornalero, pagos de inquilinos o invitados, etc.)

NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR (INCLUYA DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO)	TASA DE PAGO	NÚMERO DE HORAS DE TRABAJO	CANTIDAD PERCIBIDA EN CADA PERIODO DE PAGO	FRECUENCIA CON QUE SE PERCIBE

## H. CUIDADO DE DEPENDIENTES

Si alguien en su hogar le paga a otra persona por el cuidado de un niño o un adulto discapacitado, favor de llenar esta sección:

Nombre del proveedor de este servicio	Teléfono	Nombre del proveedor de este servicio	Teléfono
Número	Calle	Número	Calle
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad
			Estado
			Código postal
Miembro del hogar que recibe este servicio	¿Menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Miembro del hogar que recibe este servicio	¿Menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quién paga?	Costo \$	¿Quién paga?	Costo \$
Miembro del hogar que recibe este servicio	¿Menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Miembro del hogar que recibe este servicio	¿Menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quién paga?	Costo \$	¿Quién paga?	Costo \$

## I. SUBSIDIO DE MENORES / PENSIÓN ALIMENTICIA

¿Paga algún miembro del hogar asistencia infantil ordenada por la corte a un miembro **QUE NO VIVE EN EL HOGAR**?  
 Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? (Incluye pagos actuales y atrasados, seguros médicos)

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL DEPENDIENTE	CANTIDAD PAGADA	PERSONA O AGENCIA QUE RECIBE EL PAGO	FRECUENCIA DEL PAGO

## J. OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS

Si alguien en su hogar recibe, aplicó para o le fue negado cualquiera de los beneficios que se encuentran abajo, marque el cuadro que se encuentra al lado

- Asistencia de divorcio/separación     Asistencia infantil     Seguro social     Ingreso adicional de seguro social (SSI)  
 Jubilación para ferroviarios     Pensión/beneficios para veteranos     Subsidios por desempleo     Becas académicas  
 Compensación laboral     Pensión o jubilación     Beneficios sindicales     Subsidios por enfermedad/discapacidad o maternidad  
 Asignación militar     Dinero de ingresos de renta     Compensación para mineros     Dinero de amigos o parientes  
 Anualidades/mensualidades en efectivo     Anualidad de Servicios Civiles     Asistencia Provisional en Efectivo     Asistencia Provisional para Emergencias, Vivienda o Medicinas (TDAP)  
 Discapacidad del seguro social     Dividendos de los intereses generados por acciones, bonos, ahorros u otras inversiones  
 Otros \_\_\_\_\_

¿Está conforme con solicitar todos los beneficios para los cuales puede ser elegible?  Sí  No

**Si marcó que Sí recibe**, solicitó o le fueron negados beneficios de cualquier tipo, favor de completar los siguientes datos:

MIEMBRO DEL HOGAR	TIPO DE BENEFICIO	Solicitó		NÚMERO DE SOLICITUD	Recibió		Cantidad
		sí	no		sí	no	
		sí	no		sí	no	
		sí	no		sí	no	
		sí	no		sí	no	
		sí	no		sí	no	
		sí	no		sí	no	

**K. COSTOS DE REFUGIO – Complete si está aplicando para el Programa Provisional de Beneficios Alimenticios**

¿Algún miembro del hogar está pagando por alguna de las siguientes? Marque todas las pagadas y responda las preguntas.

√	Gastos	Cantida d	¿Con qué frecuen cia?	¿Quién paga?	√	Gastos	Cantidad	¿Con qué frecuenc ia?	¿Quién paga?
	Alquiler					Agua			
	Hipoteca					Cloaca			
	Eléctricidad					Residuos			
	Gas					Madera/carbón			
	Combustible					Impuesto a la propiedad			
	Cargos de coop./condo/ asociaciones					Seguro para propietarios de vivienda			
	Teléfono					Otro			

**Usted vive en:**  Viviendas sociales  Vivienda de Sección 8  Vivienda FMHA 515  Vivienda privada  
 ¿Se incluye la calefacción en su renta?  Sí  No ¿Paga una cuenta de luz para la electricidad o la cocina?  Sí  No  
 Si no se incluye la calefacción en la renta, ¿cuál es su fuente de calefacción? \_\_\_\_\_  
 ¿Paga por el aire acondicionado?  Sí  No  
 ¿Alguien le ayuda con el costo de sus servicios básicos?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Comparte alguno de los costos de vivienda mencionados arriba?  Sí  No En caso afirmativo, ¿con quién?  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto paga usted? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha recibido Asistencia de Energía en su dirección actual durante los últimos 12 meses?  Sí  No

**L. GASTOS MÉDICOS . Llène la sección adecuada en caso de solicitar Asistencia Médica o Cupones de alimentos**

**Asistencia Médica .** ¿Paga usted o algún miembro del hogar gastos médicos?  Sí  No En caso afirmativo, marque el cuadro que mejor describe su situación

**Cupones de alimentos .** ¿Paga gastos médicos usted o algún miembro del hogar por cualquier persona que tenga 60 años o más, o para alguna persona que recibe beneficios de discapacidad?  Sí  No En caso afirmativo, marque el cuadro que mejor describe su situación y ponga la cantidad mensual que paga.

**DEBE HABLAR SOBRE ESTOS GASTOS CON SU GERENTE DE CASO.**

Seguro médico/Medicare \$ \_\_\_\_\_  Seguro médico/dental \$ \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
 Dispositivos dentales/anteojos/auditivos \$ \_\_\_\_\_  Costos de transporte \$ \_\_\_\_\_  
 Hospital \$ \_\_\_\_\_  Enfermería \$ \_\_\_\_\_  
 Cuidado asistencial \$ \_\_\_\_\_  Gasto de farmacia \$ \_\_\_\_\_

**M. AVERIGUACIÓN SOBRE LA DECLARACIÓN DEL HOGAR . Completar en caso de solicitar Asistencia Provisional en Efectivo o Cupones de alimentos**

1. ¿Algún miembro de su hogar ha sido convicto de un delito mayor relacionado con la droga cometido el 22 de agosto de 1996 o en una fecha más reciente?  
 Sí  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
2. ¿Alguien en su hogar se encuentra ahora en violación de su libertad condicional o está huyendo de la policía o las cortes?  
 Sí  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
3. ¿Alguien en su hogar ha sido convicto desde el 22 de agosto de 1996 en una Corte Federal o Estatal por no decir la verdad sobre su vivienda o su identidad con el propósito de recibir beneficios de Cupones de alimentos o asistencia de más de un lugar en el mismo mes?  
 Sí  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
4. ¿Algún miembro de su hogar fue encontrado culpable por la corte de traficar beneficios de Cupones para Alimentos con un valor de \$500 o más?  
 Sí  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
5. ¿Alguien en su hogar recibe beneficios bajo otra identidad o como miembro de otro hogar o en otro estado?  
 Sí  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

**N. SEGURO MÉDICO. Llenar si solicita Asistencia Médica o Asistencia Provisional en Efectivo**

1. Alguno de los solicitantes ha discontinuado su cobertura por seguros médicos durante los últimos seis meses?

 SÍ  NO2. ¿Tiene alguno de los solicitantes cualquier tipo de seguro médico?  SÍ  NO Si respondió que "Sí" a la pregunta número 2, llenar la siguiente sección.**PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO NÚMERO 1**

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO
---------------------------------	------------------	-----------------

MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTOS POR LA PÓLIZA	PARENTESCO DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA	MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTOS POR LA PÓLIZA	PARENTESCO DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA

**DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA**

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

**ASOCIACIÓN/COMPañÍA ASEGURADORA**

Nombre de la Compañía Aseguradora

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

**PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO NÚMERO 2**

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO
---------------------------------	------------------	-----------------

MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTOS POR LA PÓLIZA	PARENTESCO DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA	MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTOS POR LA PÓLIZA	PARENTESCO DEL MIEMBRO CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA

**DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA**

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

**ASOCIACIÓN/COMPañÍA ASEGURADORA**

Nombre de la Compañía Aseguradora

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

**0. SEGURO DE VIDA, PLANES FUNERARIOS O FONDOS DE ENTIERRO . Favor de llenar en caso de solicitar Asistencia Médica o Asistencia Provisional en Efectivo**

NOMBRE DEL ASEGURADO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA	VALOR NOMINAL O VALOR DEL PLAN	VALOR EN EFECTIVO O	NÚMERO DE POLIZA O NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DE LA COMPañÍA, FUNERARIA O BANCO

**UTILIZAR ESTE ESPACIO SI NECESITA PROPORCIONARNOS MÁS INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE ESTA SOLICITUD.**


**Si necesita más espacio, pida el Anexo para la Aplicación de Asistencia - 9701.**

**P. DATOS SOBRE LA ASISTENCIA DE MENORES** . Llenar esta sección en caso de solicitar ASISTENCIA PROVISIONAL EN EFECTIVO o ASISTENCIA MÉDICA para un menor de edad cuyos padres están ausentes o difuntos. Llenar una sección adicional para cada padre o madre ausente o difunto/a.

**#1 DATOS SOBRE PADRES AUSENTES (PA)**

Nombre del Padre o Madre ausente (Apellido paterno y nombres)		Parentesco del padre ausente con usted		Marque uno: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Difunto	
NOMBRE DEL MENOR DE EDAD		ESTADO MATRIMONIAL DE LOS PADRES CUANDO NACIÓ			
		<input type="checkbox"/> Casados casados	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca
		<input type="checkbox"/> Casados casados	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca
		<input type="checkbox"/> Casados casados	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca
		<input type="checkbox"/> Casados casados	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca
Número de Seguro Social	Otro nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Raza	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Última dirección conocida del AP	Número Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Dirección de los padres del PA	Número Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Estado en que fue expedida su licencia de manejar	Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)				
<b>Servicio en las Fuerzas Armadas</b> Fechas: De: A:	¿Paga una asignación en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿a quién?		Cuerpo de las Fuerzas Armadas		
Encarcelado/a <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Nunca		Nombre de la Institución			

**DATOS SOBRE LOS INGRESOS DEL PADRE O MADRE AUSENTE**

Empleador conocido más reciente	Empleador conocido más reciente
Segundo empleador	Segundo empleador
Otros Ingresos/Beneficios: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingresos Adicionales de Seguro Social (SSI) <input type="checkbox"/> Pensión de Veterano <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación <input type="checkbox"/> Beneficios sindicales <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____	

**DATOS SOBRE ORDENES JUDICIALES DE LOS PADRES AUSENTES**

¿Paga Asistencia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Paga Asistencia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Paga Asistencia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Paga Asistencia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Hubo orden judicial? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Hubo orden judicial? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Hubo orden judicial? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

**#2 DATOS SOBRE PADRES AUSENTES (PA)**

Nombre del Padre o Madre ausente (Apellido paterno y nombres)		Parentesco del padre ausente con usted		Marque uno: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Difunto	
NOMBRE DEL MENOR DE EDAD		ESTADO MATRIMONIAL DE LOS PADRES CUANDO NACIÓ			
		<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca casados
		<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca casados
		<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca casados
		<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca casados
Número de Seguro Social	Otro nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Raza	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Última dirección conocida del AP	Número Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Dirección de los padres del PA	Número Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Estado en que fue expedida su licencia de manejar	Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)				
<b>Servicio en las Fuerzas Armadas</b> Fechas: De: A:	¿Paga una asignación en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿a quién?		Cuerpo de las Fuerzas Armadas		
Encarcelado/a <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Nunca		Nombre de la Institución			

<b>DATOS SOBRE LOS INGRESOS DEL PADRE O MADRE AUSENTE</b>							
Empleador conocido más reciente	Nombre y dirección:	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Segundo empleador	Nombre y dirección:	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Otros Ingresos/Beneficios: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingresos Adicionales de Seguro Social (SSI) <input type="checkbox"/> Pensión de Veterano <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación <input type="checkbox"/> Beneficios sindicales <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____							
<b>DATOS SOBRE ORDENES JUDICIALES DE LOS PADRES AUSENTES</b>							
¿Paga Asistencia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿A quién?			Fecha del pago más reciente	Cantidad del pago		
¿Hubo orden judicial? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, ¿dónde se expidió la orden judicial?				¿Puede darnos una copia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

**USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**USTED TIENE LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES**

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

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

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

Si recibe demasiados beneficios:

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

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

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

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

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

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

## SANCIÓN DE CUPONES DE ALIMENTOS.

### Los miembros del hogar no pueden:

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

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

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

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

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

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

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

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

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

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

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

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

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### LEER ANTES DE FIRMAR:

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

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

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

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

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

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

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

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

Comprendo que al firmar esta solicitud:

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

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

### SECCIÓN DE FIRMAS

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

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

Firma del Aplicante / Recipiente		Fecha
Firma del Testigo (En caso de que haya firmado con .X.)		Fecha
Firma del Esposo/a (Si corresponde)		Fecha

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Firma de Representante Autorizado (Si corresponde)		Fecha
Firma del Gerente de Caso		Fecha
<b>Retiro mi solicitud para:</b> <input type="checkbox"/> <b>Asistencia en Efectivo</b> <input type="checkbox"/> <b>Programa de cupones para alimentos</b> <input type="checkbox"/> <b>Asistencia Médica</b>		
Firma del Aplicante/Recipiente/Representante Autorizado		Fecha

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

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

En caso de ser elegible para la Asistencia Médica:

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

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

Firma	Fecha
-------	-------