

	<p>¿Por alguna razón usted tiene dificultades para acercarse hasta la oficina para tener una entrevista?</p> <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Trabajo o Capacitación <input type="checkbox"/> Vive en un área rural <input type="checkbox"/> Cuida a un miembro de la familia enfermo o discapacitado <input type="checkbox"/> Otro (explicar): _____		<p>Sello fechador: _____</p> <p>Número de caso: _____</p>
<p>Quisiera solicitar: <input type="checkbox"/> Asistencia alimentaria <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Responsable del cuidado de un familiar <input type="checkbox"/> OSS/Complemento estatal opcional <input type="checkbox"/> Complemento médico</p> <p><input type="checkbox"/> Renuncia a Medicaid/Servicios comunitarios y en el hogar <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos - Domicilio anterior al ingreso al Hogar de ancianos:</p>			
<p>Bienvenido al Departamento de Niños y Familias de la Florida (DCF). Si necesita ayuda para completar esta solicitud o necesita servicios de interpretación, por favor, comuníquese con ACCESS Florida al 1-866-762-2237. Necesitamos, por lo menos, su nombre, dirección y firma. El procesamiento de la presente solicitud comienza el día en que recibimos su solicitud firmada. Los miembros de su familia que no son elegibles, o que no solicitan el beneficio, podrán ser designados como no solicitantes. Los no solicitantes o las personas que solicitan solamente Medicaid para Emergencias, Asistencia en Efectivo para Refugiados o Asistencia Médica para Refugiados NO deben dar un Número de Seguro Social (SSN) conforme a la Ley de Cupones de Alimentos. Si usted no es elegible para obtener un SSN por su condición migratoria, puede serlo para un SSN destinado a personas que no trabajan a fin de recibir los beneficios que requieren SSN. Si necesita un SSN, podemos ayudarlo para que lo solicite. Los no solicitantes NO deben dar prueba de su condición migratoria. Los solicitantes sin ciudadanía que soliciten beneficios deberán verificar su condición migratoria en la oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). No denunciaremos ante USCIS la condición migratoria de aquellas personas que viven en su hogar y que no solicitan beneficios. Bajo ninguna circunstancia, se denunciará a las personas no solicitantes como residentes ilegales de los Estados Unidos. Si completa esta solicitud por otra persona, responda el cuestionario de acuerdo con las circunstancias de ella.</p>	<p>Asistencia Alimentaria Urgente - Los hogares elegibles pueden recibir de asistencia alimentaria dentro de un plazo de 7 días</p>		
	<p>¿Es el ingreso bruto de su hogar inferior a \$150? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>¿Paga para calefaccionar o refrigerar su casa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	
	<p>¿Son sus activos líquidos totales (por ejemplo, dinero en efectivo, cuentas bancarias, etc.) inferiores a \$100? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>¿Cuál es el monto mensual de su renta o hipoteca? \$ _____</p>	
	<p>¿Es el ingreso bruto mensual de su hogar más sus activos líquidos totales inferior a su renta mensual o hipoteca más servicios públicos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>¿Ha dejado de recibir recientemente la totalidad de los ingresos de su hogar? Si su respuesta es sí, ¿CUÁNDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	
<p>Marque las cuentas que paga:</p> <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Cloacas <input type="checkbox"/> Teléfono	<p>Es algún miembro de su grupo familiar un trabajador rural migrante o de temporada? Si su respuesta es sí, ¿QUIÉN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</p>			
<p>Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____</p>	<p>Número de teléfono de su hogar o para dejar mensajes: _____</p>	<p>Dirección de correo electrónico: _____</p>	
<p>Dirección del hogar: _____ Calle _____ N° de departamento _____</p>	<p>_____ Ciudad _____ Estado _____</p>	<p>Código postal _____</p>	<p>Teléfono del trabajo: _____</p>
<p>Dirección donde recibe el correo (si no es donde vive): _____ Calle/Apartado postal _____</p>		<p>_____ Ciudad _____ Estado _____</p>	<p>Código postal _____ Teléfono celular: _____</p>
<p>INFORMACIÓN PARA TODOS LOS PROGRAMAS</p>			
<p>¿Algún miembro de su familia está huyendo de la ley por un delito grave o en violación de la libertad condicional? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Si la respuesta es sí, quién?</p>	<p>¿Algún miembro de su familia ha sido condenado por el delito de tráfico de drogas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Si la respuesta es sí, quién?</p>	<p>¿Algún miembro de su familia ha sido alguna vez condenado por recibir asistencia alimentaria, asistencia temporaria con dinero en efectivo o Medicaid en más de un estado al mismo tiempo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Si la respuesta es sí, quién?</p>	
<p>¿Algún miembro de su familia vendió o donó bienes o activos en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Si la respuesta es sí, quién?</p>	<p>¿Algún miembro de su familia renunció a su trabajo en los últimos 60 días o alguno de ellos está en huelga? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Si la respuesta es sí, quién?</p>	<p>¿Algún miembro de su familia recibió asistencia médica, con alimentos o dinero en efectivo de otro estado o de otra fuente en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Si la respuesta es sí, quién?</p>	
<p>DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO</p>		<p>FIRMAS</p>	
<p>Entiendo que la información que suministro en esta solicitud, en la entrevista o al solicitar otros beneficios, incluso las coincidencias con las bases de datos electrónicos de otras agencias, está sujeta a verificación por el DCF y por otras agencias federales y estatales, incluida la División de Fraude a la Asistencia Pública (DPAF). Entiendo y acepto lo siguiente: el DCF, la DPAF y las Agencias Federales autorizadas podrán verificar la información suministrada por mí en este formulario, en la entrevista o al solicitar otros beneficios. Es posible obtener información de mis empleadores pasados o actuales. Mi firma autoriza la entrega de dicha información al DCF y/o PAF. Como condición para obtener Medicaid, autorizo a Medicaid a revisar y entregar todos los registros médicos que considere necesarios en uso de sus facultades de auditoría y de investigación. Si alguna información es incorrecta, los beneficios podrán ser reducidos o denegados y podré ser objeto de acusación penal o ser descalificado del programa por proporcionar información incorrecta o falsa o por ocultar información. He leído mis Derechos y Obligaciones. Bajo pena de perjurio, certifico que la información contenida en este formulario es verdadera, según mi leal saber y entender, aun aquella relativa a la condición de ciudadanos o no ciudadanos de las personas que solicitan beneficios. Acuso recibo de la Política de Manejo y Protección de Información Personal sobre la Salud del DCF de Florida CFOP 60-17 Capítulo 1, Adjunto 2.</p>		<p>_____</p>	
		<p>Firma de miembro adulto de su grupo familiar _____ Fecha de la firma _____</p>	
		<p>_____</p> <p>Firma de testigo en caso de que firme con una "X"</p>	
<p>Representante autorizado/designado – Escriba nombre, dirección y teléfono</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>_____</p> <p>Firma del representante autorizado/designado</p>	
<p>La solicitud continúa en la página 2. Por favor, incluya toda la información posible para ayudarnos a determinar su elegibilidad rápidamente.</p>			
<p>PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA</p>	<p>Nombre/teléfono del funcionario de la sede comunitaria de Access: _____</p>		<p>Sello fechador: _____</p>

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: Si necesita más espacio en las siguientes secciones, utilice hojas adicionales. Por favor, brinde tanta información como sea posible para ayudarnos a determinar su elegibilidad rápidamente.

Indique su nombre y el nombre de todas las personas que viven con usted aun cuando no solicite ningún beneficio para ellas. Si la solicitud no es para un miembro de su grupo familiar, no deberá indicar su SSN ni su ciudadanía. Si vive en un hogar de ancianos o en otras instituciones, incluya en la lista solamente su nombre, así como el nombre de su cónyuge y de las personas que dependen de usted.

INFORMACIÓN OPTATIVA – ORIGEN ÉTNICO: **A** = Hispánico o latino; **B** = No hispánico o latino

RAZA: Puede elegir un número o más: **1** – Aborigen americano o nativo de Alaska, **2** – Asiático, **3** – Negro o afroamericano, **4** – Nativo de Hawai, **5** – Blanco

Sección A – Incluir todos los adultos que viven en su domicilio

Nombre legal, Primero, Segundo, Apellido	Vínculo con usted	¿Desea presentar una solicitud?	Sexo	Número de Seguro Social (ver instrucciones más arriba)	Fecha y lugar de nacimiento	Ciudadano de los EE.UU. USCIS #	Origen étnico (ver más arriba)	Raza (ver más arriba)	Estado civil	Escuela a la asiste/ Cantidad de horas/semana Último grado completado	Compra alimentos y come con usted
	USTED	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Cant. de horas/semana: _____ Último grado completado: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Cant. de horas/semana: _____ Último grado completado: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Cant. de horas/semana: _____ Último grado completado: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Cant. de horas/semana: _____ Último grado completado: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Sección B – Incluir todos los niños que viven en su domicilio. Si alguna mujer está embarazada, indique “por nacer” como nombre y la fecha probable de parto como la fecha de nacimiento.

Nombre legal, Primero, Segundo, Apellido	Vínculo con usted	¿Desea presentarse una solicitud?	Sexo	Número de Seguro Social (ver instrucciones más arriba)	Fecha y lugar de nacimiento	Ciudadano de los EE.UU. USCIS #	Origen étnico (ver más arriba)	Raza (ver más arriba)	Niño menor de 5 años con vacunas al día	Asiste a la escuela/ Nombre de la escuela	Fecha en que se graduará	Compra alimentos y come con usted
Niño 1 ¿Desea que este niño reciba servicios de controles médicos pediátricos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre de la escuela:		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Niño 2 ¿Desea que este niño reciba servicios de controles médicos pediátricos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre de la escuela:		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Niño 3 ¿Desea que este niño reciba servicios de controles médicos pediátricos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre de la escuela:		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Niño 4 ¿Desea que este niño reciba servicios de controles médicos pediátricos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre de la escuela:		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Medicaid: Para los niños menores de 16 años de edad, si no se encuentra disponible ninguna otra prueba de identidad como registros escolares o identificación con foto, lea y firme a continuación: Bajo pena de perjurio, certifico que todos los niños mencionados más arriba son quienes afirmo que son.

Firma

Sección C – Información sobre padres ausentes: Suministre la siguiente información para cada niño señalado en la Sección B cuya madre y/o padre no viva en la casa.

Niño 1	Nombre y último domicilio conocido de la madre ausente		Fecha de nacimiento	Número de Seguridad Social	Raza (ver página 2)	Motivo de la ausencia
	Madre					
	¿Es ésta la madre legítima del niño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Desea obtener servicios de Mantenimiento de Menores en caso de no ser aprobado para obtener beneficios? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Lugar de nac. de la madre	No. de teléfono de la madre	Información del seguro médico	
	Nombre del empleador de la madre: Dirección:				Nombre de la compañía:	Número de póliza:
	Nombre y último domicilio conocido del padre ausente		Fecha de Nacimiento	Número de Seguridad Social	Raza (ver página 2)	Motivo de la Ausencia
Padre						
	¿Es éste el padre legítimo del niño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Desea obtener servicios de Mantenimiento de Menores en caso de no ser aprobado para obtener beneficios? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Lugar de nac. del padre	No. de teléfono del padre	Información del seguro médico	
	Nombre del empleador del padre: Dirección:				Nombre de la compañía:	Número de póliza:
					Número de teléfono:	

Niño 2	Nombre y último domicilio conocido de la madre ausente		Fecha de Nacimiento	Número de Seguridad Social	Raza (ver página 2)	Motivo de la ausencia
	¿Es ésta la madre legítima del niño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Desea obtener servicios de Mantenimiento de Menores en caso de no ser aprobado para obtener beneficios? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Información del seguro médico Lugar de nac. de la madre No. de teléfono de la madre Nombre de la compañía: Número de póliza:	
	Nombre del empleador de la madre: Dirección:				Número de teléfono:	
	Nombre y último domicilio conocido del padre ausente		Fecha de Nacimiento	Número de Seguridad Social	Raza (ver página 2)	Motivo de la ausencia
	¿Es éste el padre legítimo del niño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Desea obtener servicios de Mantenimiento de Menores en caso de no ser aprobado para obtener beneficios? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Información del seguro médico Lugar de nac. del padre No. de teléfono del padre Nombre de la compañía: Número de póliza:	
Nombre del empleador del padre: Dirección:				Número de teléfono:		
Niño 3	Nombre y último domicilio conocido de la madre ausente		Fecha de Nacimiento	Número de Seguridad Social	Raza (ver página 2)	Motivo de la ausencia
	¿Es ésta la madre legítima del niño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Desea obtener servicios de Mantenimiento de Menores en caso de no ser aprobado para obtener beneficios? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Información del seguro médico Lugar de nac. de la madre No. de teléfono de la madre Nombre de la compañía: Número de póliza:	
	Nombre del empleador de la madre: Dirección:				Número de teléfono:	
	Nombre y último domicilio conocido del padre ausente		Fecha de Nacimiento	Número de Seguridad Social	Raza (ver página 2)	Motivo de la ausencia
	¿Es éste el padre legítimo del niño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Desea obtener servicios de Mantenimiento de Menores en caso de no ser aprobado para obtener beneficios? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Información del seguro médico Lugar de nac. del padre No. de teléfono del padre Nombre de la compañía: Número de póliza:	
Nombre del empleador del padre: Dirección:				Número de teléfono:		
Niño 4	Nombre y último domicilio conocido de la madre ausente		Fecha de Nacimiento	Número de Seguridad Social	Raza (ver página 2)	Motivo de la ausencia
	¿Es ésta la madre legítima del niño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Desea obtener servicios de Mantenimiento de Menores en caso de no ser aprobado para obtener beneficios? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Información del seguro médico Lugar de nac. de la madre No. de teléfono de la madre Nombre de la compañía: Número de póliza:	
	Nombre del empleador de la madre: Dirección:				Número de teléfono:	
	Nombre y último domicilio conocido del padre ausente		Fecha de Nacimiento	Número de Seguridad Social	Raza (ver P. 2)	Motivo de la ausencia
	¿Es éste el padre legítimo del niño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Desea obtener servicios de Mantenimiento de Menores en caso de no ser aprobado para obtener beneficios? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Información del seguro médico Lugar de nac. del padre No. de teléfono del padre Nombre de la compañía: Número de póliza:	
Nombre del empleador del padre: Dirección:				Número de teléfono:		

Sección D – Información general: Responda las siguientes preguntas sobre las personas cuyos nombres se indican en las Secciones A y B que solicitan asistencia.

1. ¿Residen todos en el estado de la Florida?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es no, indicar quién no
2. ¿Hay alguna persona embarazada en su grupo familiar?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién? Fecha probable de parto: # de niños por nacer:
* 3. ¿Asistió algún miembro de su grupo familiar a una reunión en la escuela por alguno de los niños entre 6 y 18 años de edad?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién? ¿Cuándo?
4. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar o sus padres (en el caso de un niño) o cónyuge fallecido (si corresponde) sirvió en las fuerzas armadas estadounidenses?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién? ¿Cuándo?
5. ¿Tiene algún miembro de su grupo familiar la condición de extranjero patrocinado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
6. ¿Vive algún miembro de su grupo familiar en un ámbito especial como un asilo para personas sin hogar, centro de tratamiento para la drogadicción, hogar de ancianos, institución de asistencia u otra institución?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién? Nombre y tipo de institución:

7. ¿Es algún miembro de su grupo familiar hijo adoptivo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
* 8. ¿Se encuentra alguno de los niños limitado o impedido de alguna manera para hacer las cosas que hacen la mayoría de los niños de su edad?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
* 9. ¿Necesita alguno de los niños una terapia especial como, por ejemplo, terapia física, ocupacional o del habla, o un tratamiento o asesoramiento por algún problema emocional, de desarrollo o de conducta?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
*10. ¿Necesita o utiliza alguno de los niños más atención médica, psicológica o servicios de educación que lo normal para la mayoría de niños de la misma edad?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
11. Si solicita servicios de un hogar de ancianos, ¿vive con usted algún niño (de cualquier edad) ciego o discapacitado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién? ¿Qué vínculo tiene con usted?
12. ¿Ha determinado el Seguro Social o el Estado de la Florida la discapacidad de alguna de estas personas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
13. ¿Hay alguien que dice ser discapacitado cuya discapacidad no ha sido determinada por el Seguro Social o el estado de la Florida?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
14. ¿Se le ha negado a alguien el Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) durante los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién? ¿Cuándo?
*15. ¿Necesita algún miembro de su grupo familiar ayuda para el pago de las primas de Medicare o las cuentas médicas de los últimos tres (3) meses?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
*16. ¿Alguna persona a quien se le negó la condición de discapacidad presenta algún trastorno nuevo que no ha sido considerado por la Administración del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién?
17. ¿Es algún miembro de su grupo familiar víctima del tráfico de personas? (Una víctima del tráfico de personas es una persona que ha sido secuestrada, mantenida o trasladada por la fuerza o mediante engaño para explotación sexual o trabajo forzado.)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Quién?

* * * * * Si necesita más espacio en las siguientes secciones, por favor utilice hojas adicionales. * * * * *

Sección E – Bienes y seguro: Responda las siguientes preguntas sobre las personas indicadas en las Secciones A y B que solicitan asistencia.

1. ¿Es alguna de las personas para las que presenta esta solicitud propietaria de la totalidad o de una parte de estos bienes: vehículos, cuentas bancarias, cuentas con beneficios impositivos, propiedades, Certificados de Depósito (CDs), dinero en efectivo, títulos hipotecarios, pagarés, *préstamos, *IRAs, *401Ks, bonos, rentas vitalicias, acciones, bienes raíces, derechos vitalicios sobre inmuebles, fideicomisos, *planes Keogh, *contratos con comunidades de cuidados continuos para jubilados o personas mayores, contratos/parcelas en cementerios, gastos funerarios pagados por adelantado, títulos o certificados de ahorro, activos comerciales, sumas de dinero importantes recibidas en los últimos 3 meses, seguro de salud/atención a largo plazo/vida/automotor, organizaciones de administración de la salud (HMO), Medicare o suplementos de Medicare, etc.? Incluir activos/seguro de padres de hijos menores solicitantes si viven en la casa y activos/seguro de cónyuges de solicitantes si viven en la casa. SÍ NO Si la respuesta es SÍ, enumérelos a continuación:

INFORMACIÓN MPORTANTE PARA TITULARES DE UNA RENTA VITALICIA: De acuerdo con la Ley Pública 109-171, las personas (y los cónyuges) que soliciten o reciban beneficios en el marco del Programa de Asistencia Institucional de Medicaid (asistencia en hogares de ancianos), los programas de excepción para Servicios de Asistencia en Hospicios, el Hogar o en la Comunidad, o el Programa de Asistencia Integral para Personas Mayores deben declarar todas las rentas que poseen. Algunas contrataciones de rentas vitalicias (u otras operaciones) realizadas a partir del 11/01/2007, inclusive, serán consideradas transferencias de activos por menos del valor justo de mercado a menos que la renta nombre a la Agencia de Administración de Asistencia Médica del Estado de Florida como el primer beneficiario del remanente (o segundo beneficiario del remanente después del cónyuge o hijo menor o discapacitado) del importe total de los fondos de Medicaid pagados en nombre del receptor de Medicaid.

Persona	Tipo de bien o seguro	Automóviles Año, marca, modelo	Monto adeudado por Automóvil/Propiedad	Ubicación de bien/seguro Nombre y dirección del banco/compañía	Cuenta # o # de ID de la póliza del seguro	Monto o valor

Sección G – Gastos: Responda las siguientes preguntas sobre las personas indicadas en las Secciones A y B que solicitan asistencia.

1. ¿Está alguna de las personas para quien usted solicita el beneficio obligada a pagar gastos tales como alquiler, hipoteca, impuesto a los bienes, seguro sobre el hogar, gastos de condominio/mantenimiento, gas, electricidad, combustible, LIHEAP, facturas de gastos médicos (como, por ejemplo, recetas, anteojos, transporte, visitas médicas, asistencia dental, dispositivos de asistencia para la salud, internación o seguro o primas de Medicare no cubiertas por el seguro o un tercero), teléfono, guardería infantil (diurna), o mantenimiento a un menor que no vive con su grupo familiar por orden judicial? Incluir los gastos correspondientes a los padres de hijos menores solicitantes que viven en la casa y gastos del cónyuge del solicitante si vive en la casa.
 SÍ NO Si la respuesta es SÍ, enumérelos a continuación:

Tipo de gasto	Quién está Obligado a Pagar este Gasto	¿En caso de tratarse de un gasto médico, ¿quién recibió la atención médica?	Importe Mensual	A quién se paga	Fecha de pago	¿Todavía se adeuda?	Solamente en caso de orden judicial de pago de pensión para mantenimiento de menores, indicar el nombre del menor a quien se paga el mantenimiento
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

2. ¿Cómo calefacciona o refrigera su hogar?

3. ¿Alguien le ayuda a pagar los gastos? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, explicar:

AQUÍ PUEDE SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ELECTORAL

¿Si Ud. no está inscrito para votar donde Ud. vive ahora, le gustaría inscribirse para votar aquí hoy? Marcar SÍ si quiere solicitar su inscripción para votar o actualizar su inscripción como votante. Si marca el casillero que dice NO o no marca ningún casillero, se entenderá que ha optado por no solicitar la inscripción para votar ni actualizar su inscripción como votante. Sus beneficios no se verán afectados si marca SÍ, NO, o deja esta pregunta en blanco. SÍ NO

AVISO DE DERECHOS [Autoridad: Ley de Registro Nacional de Votantes (42 U.S.C. 1973 gg); ss. 97.023, 97.058 and 97.0585, F.S.]

Ayuda: Si desea recibir ayuda para completar su solicitud de inscripción en el registro electoral, le ayudaremos. La decisión de solicitar o aceptar ayuda depende de usted. Puede completar la solicitud de inscripción en el registro electoral en privado.

Beneficios: Si usted solicita asistencia pública a esta agencia, el hecho de solicitar o no la inscripción en el registro electoral, no afectará el monto de la asistencia que se le otorgará.

Privacidad: Su decisión de no inscribirse ni actualizar su registro y la ubicación donde solicitó la inscripción en el registro electoral o la actualización de sus datos es confidencial y sólo podrá ser utilizada para el registro electoral.

Queja formal: Si cree que alguien ha afectado su derecho de solicitar la inscripción en el registro electoral o negarse a hacerlo, su derecho a la privacidad de la decisión de solicitar la inscripción en el registro electoral, o su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, podrá presentar una queja ante: Secretaría de Estado de Florida, División Electoral, Administrador NVRA, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Los formularios de queja se encuentran disponibles en <http://election.dos.state.fl.us/nvra/index.shtml> o llame al 1-850-245-6200.

USTED PUEDE OBTENER TARIFAS DE TELÉFONO REDUCIDAS

Marque SÍ si desea que el DCF informe, a la compañía local de servicio telefónico, su nombre, SSN, número de teléfono, y el hecho de que usted recibe de asistencia alimentaria, Asistencia Temporal en Efectivo o Medicaid para que pueda obtener una tarifa telefónica reducida por medio del Programa Lifeline. SÍ NO

AVISO DE SANCIONES

Usted puede ser sujeto de una acusación penal por suministrar, a sabiendas, información falsa con el objeto de recibir beneficios de asistencia pública.

REQUISITOS DE INFORMACIÓN

Deberá informar al DCF todos los cambios que ocurran en su situación de acuerdo con los requisitos del programa. El grupo familiar que recibe asistencia alimentaria debe informar los cambios que aumenten sus beneficios y los grupos familiares que reciben asistencia alimentaria y tienen un miembro descalificado por infringir las normas del programa, cometer un delito grave, traficar drogas, evadir una orden de arresto por delito grave o no participar en un programa de trabajo deberán informar cuando su ingreso mensual supere el límite de ingresos brutos permitidos para recibir asistencia alimentaria según el tamaño del grupo familiar. El grupo familiar que recibe Medicaid o Asistencia Temporal en Dinero en Efectivo debe continuar informando los cambios que puedan afectar sus requisitos de elegibilidad dentro del plazo de 10 días.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA INMIGRANTES

En caso de que usted lo desee, podrá pedir asistencia alimentaria o asistencia médica, sin solicitar Asistencia Temporal en Efectivo. La elegibilidad para asistencia alimentaria o asistencia médica no está relacionada con una solicitud de Asistencia Temporal en Efectivo o con los límites de tiempo de dicha Asistencia. Si usted o un miembro de su familia usan Medicaid, KidCare (Programa de Seguro de Salud para Niños-CHIP), o recibe asistencia alimentaria, estos beneficios no afectarán su condición migratoria o la del miembro de su familia. Además, estos beneficios no afectarán la posibilidad de que usted o el miembro de su familia obtenga la tarjeta verde, a menos que reciba cuidado institucional a largo plazo, por ejemplo, en un hogar de ancianos. El uso de la asistencia en efectivo o el Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) podría crear problemas para obtener una tarjeta verde, en especial si los beneficios constituyen el único ingreso de su familia. Comuníquese con una agencia que brinde asesoramiento legal a los inmigrantes antes de presentar la solicitud.

AVISO DE SANCIONES – Asistencia alimentaria:

Usted será descalificado del programa en caso de que se determine (por un tribunal estatal o federal o en una audiencia de descalificación administrativa o si firma una renuncia a una audiencia) que es culpable de formular intencionalmente una declaración falsa o engañosa, ocultar o retener información a fin de recibir asistencia alimentaria o cometer una infracción a la Ley de Asistencia de Alimentos, las normas sobre asistencia alimentaria o cualquier otra ley estatal a efectos de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir o poseer beneficios de asistencia alimentaria. Ante la primera infracción, no podrá recibir asistencia alimentaria durante 12 meses; ante la segunda, por 24 meses y si ocurre una tercera infracción, será descalificado de por vida. Si se lo acusa de traficar beneficios de asistencia alimentaria por \$500 o más, será descalificado de por vida. Si se lo acusa de cometer estos actos, según la gravedad, se le podrá imponer una multa de hasta \$250,000, o la pena de prisión por un máximo de 20 años, o ambas condenas.

Si usted es condenado por un tribunal estatal o federal por hacer una declaración falsa en cuanto a su identidad o residencia para recibir asistencia alimentaria en más de un estado al mismo tiempo, no podrá participar del Programa de asistencia alimentaria durante el término de 10 años.

Si usted está huyendo de la ley para evitar una condena, arresto o prisión después de haber sido acusado de un delito grave o su tentativa o se encuentra en violación de la libertad condicional impuesta por un tribunal estatal o federal, no podrá recibir asistencia alimentaria. Esta información podrá ser revelada a otras agencias federales y estatales para un examen oficial y a la policía con el objeto de arrestar a aquellas personas que huyan de la ley.

Si se determina que usted es culpable del delito de tráfico de drogas o es condenado por un tribunal federal, estatal o local de canjear armas, municiones o explosivos por asistencia alimentaria, no podrá recibir asistencia alimentaria.

AVISO DE SANCIONES – Asistencia Temporal en Efectivo:

En caso de que usted, en forma intencional, declare información falsa u oculte información a fin de recibir o seguir recibiendo Asistencia Temporal en Efectivo y fuera condenado por un tribunal estatal o federal o por una audiencia de descalificación o firme una renuncia a audiencias, podrá ser descalificado del programa durante 12 meses ante la primera infracción, durante 24 meses ante la segunda y en forma permanente ante la tercera infracción.

Si se determina que usted es culpable del delito de tráfico de drogas o si está huyendo a fin de evitar una condena, arresto o prisión por delito grave o tentativa de delito grave, o se encuentra en violación de la libertad condicional impuesta conforme a la ley federal o estatal, no podrá recibir Asistencia Temporal en Efectivo. Si es condenado por un tribunal estatal o federal por hacer una declaración falsa en cuanto a su identidad o residencia a fin de recibir Asistencia Temporal en Efectivo en más de un estado al mismo tiempo, no podrá participar del programa de Asistencia Temporal en Efectivo durante el término de 10 años.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS DE LA FLORIDA

Ninguna persona podrá ser excluida de un programa o una actividad administrada por el Departamento con asistencia económica del gobierno federal como tampoco se le podrán negar los beneficios del programa ni someterla a alguna forma de discriminación ilegítima, por motivos de raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por infracción de esta política, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Niños y Familias, 1317 Winewood Boulevard, Tallahassee, Florida 32399-0700 o llame al 1-850-487-1901, o TDD 1-850-922-9220.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DE USDA-HHS

De conformidad con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Conforme a la Ley de Asistencia de Alimentos y la política de USDA, también está prohibido discriminar sobre la base de la religión o creencias políticas. Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con USDA o HHS. Escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame sin cargo al (866) 632-9992 (voz). Las personas con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339 u (800) 845-6136 (español). Escriba a HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). USDA y HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA

Tanto usted como una persona que actúe en su nombre, ya sea en persona, por correo, por fax o en forma electrónica por Internet, podrá presentar la Solicitud de Asistencia en cualquier oficina de Servicios de Autosuficiencia Económica del Departamento de Niños y Familias del estado de la Florida. Las solicitudes recibidas durante el horario normal de atención al público se considerarán recibidas el mismo día. Cuando una solicitud se reciba después del horario de atención normal se considerará recibida el primer día hábil siguiente.



SUS DERECHOS Y DEBERES

USTED TIENE DERECHO A:

- Solicitar ayuda y que su elegibilidad se decida sin que intervenga nuestra opinión por su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad (lugar de nacimiento) o creencia política. Si usted tiene una discapacidad que lo limita de alguna manera, infórmenos a fin de que podamos realizar las adaptaciones necesarias para ayudarlo. El Departamento de Niños y Familias (DCF) es un proveedor de igualdad de oportunidades.
- De conformidad con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Conforme a la Ley de Cupones para Alimentos y la política del USDA, también está prohibido discriminar por creencias religiosas o políticas. Para presentar una queja por discriminación, contáctese con el USDA o el HHS. Escriba al Director de la Oficina de Adjudicación del USDA, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o comuníquese sin cargo al (866)632-9992 (voz). Las personas con discapacidades auditivas o del habla pueden contactarse con el USDA mediante el Servicio Federal de Transmisión al (800)877-8339, o al (800)845-6136 (español). Escriba al Director de la Oficina de Derechos Civiles del HHS, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o comuníquese al (202)619-0403 (voz) o (202)619-3257 (TTY). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores de igualdad de oportunidades.
- Solicitar ayuda en línea mediante nuestra solicitud de internet. También puede entregar una solicitud impresa en un centro de servicios local o un socio comunitario, o bien puede enviarla por correo o fax. Puede entregar una solicitud incompleta (por internet o impresa) siempre que esta tenga su nombre y dirección, y esté firmada por usted u otro miembro responsable de su grupo familiar, o alguna persona que actúe en nombre suyo como su representante autorizado o designado.
- Ser entrevistado y notificado de su elegibilidad para recibir Asistencia de Alimentos dentro de los 30 días de haber presentado una solicitud firmada, y dentro de los 45 días para otros programas (90 días para Medicaid si se tiene en cuenta su discapacidad al momento de decidir su elegibilidad).
- Recibir ayuda del personal del DCF o de otra persona para completar los formularios. Informarnos si precisa ayuda para obtener la información que necesitamos.
- Recibir, o hacer que alguien reciba por usted, los beneficios para los que es elegible y ser notificado inmediatamente de cualquier medida que tomemos sobre su solicitud o cualquier modificación que realicemos en relación a sus beneficios.
- Recibir información sobre otros programas con los que contamos que podrían ayudarlo a usted o a su familia.
- Solicitar una audiencia imparcial dentro de los 90 días posteriores a la decisión que tomamos sobre su caso.
- Exigir que se proteja la información que recibimos sobre usted o los integrantes de su grupo familiar, de conformidad con las leyes federales o estatales.
- Nombrar al adulto padre (o madre) del niño o a alguna persona que cumpla la función de padre o madre como beneficiario (la persona que recibirá sus beneficios de Asistencia de Alimentos). Si no hay niños en su grupo de asistencia, el beneficiario debe ser la persona que tenga el ingreso más alto.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

(NOTA: Usted tiene esas mismas responsabilidades si solicita el beneficio en nombre de otra persona.)

- Brindarnos constancia completa y correcta de la información solicitada, dentro de los límites de tiempo que se le asignen, a fin de determinar si usted reúne los requisitos para recibir ayuda.
- Usar sus beneficios de asistencia temporaria de dinero en efectivo de una manera que genere el máximo beneficio para los niños que pertenecen al grupo de asistencia. La ley del Estado de Florida establece que cualquier persona que utilice el dinero asignado para la manutención de niños para algún otro fin puede ser multado, encarcelado o ambas.
- Declarar la condición de ciudadano o no ciudadano de los EE.UU. de los miembros de su grupo familiar, quienes solicitan ayuda, al firmar la solicitud de asistencia. Debe proporcionar constancia de la condición de no ciudadano, de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS), de todas las personas que no sean ciudadanas de los EE.UU. para las que solicita ayuda. Es posible que solicitemos al USCIS la confirmación de esa información. La información recibida del USCIS puede afectar su elegibilidad y el monto de los beneficios. No se exige constancia de la condición ante el USCIS de los individuos para los que no solicita ayuda.
- Solicitar beneficios de otras fuentes si esta solicitud, o la información que recibimos, demuestra que usted podría reunir los requisitos para esos beneficios. (No corresponde al Programa de Asistencia de Alimentos.)
- Transferir sus derechos de manutención de niños al estado y colaborar con el Control del Cumplimiento del Cuidado y Manutención de Hijos Menores (*Child Support Enforcement*, CSE) en establecer la paternidad y obtener manutención de un padre ausente del niño bajo su cuidado, a menos que usted pueda demostrar al CSE una buena causa para no hacerlo. (Para el Programa de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo, usted debe transferir sus derechos al estado. La transferencia de derechos al estado no corresponde en caso de contar con el Programa de Asistencia de Alimentos.)
- Informar cualquier seguro u otro plan de salud que pueda pagar costos de atención médica para usted o un miembro de su grupo familiar para quien usted solicita ayuda. También debe transferir al estado su derecho a recibir cualquier pago de seguro u otros planes de salud, a menos que pueda demostrarnos una buena causa para no hacerlo. (Corresponde para cualquier persona que solicite o reciba ayuda de los programas de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo, Asistencia para Refugiados o Medicaid.)
- Participar en las actividades de trabajo de los programas de empleo y capacitación de Asistencia para Refugiados, Asistencia de Alimentos y Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo, que incluye registrarse para obtener empleo, a menos que le hayamos indicado que no debe hacerlo.
- Informarnos, dentro de los 5 días calendario o corridos, si un niño de su familia se ausentará del hogar por más de 30 días. (Corresponde solamente al Programa de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo.) Le sugerimos que nos contacte cuando no esté seguro de si debe informarnos algún cambio.

- Informar cambios dentro de los 10 días si su grupo familiar recibe Medicaid o Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo solamente o si recibe Asistencia de Alimentos y Medicaid o Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo. La mayoría de los grupos familiares que solo reciben Asistencia de Alimentos deben informar cambios solamente al momento de la recertificación. Sin embargo, los grupos familiares que solo reciben Asistencia de Alimentos y tengan un miembro que haya sido descalificado por violar las normas del programa, por cometer el delito del tráfico de drogas, por fugarse teniendo una orden de captura por cometer un delito grave o por no participar en un programa de trabajo deben informar cuando el ingreso bruto mensual supere el 130% del límite de ingreso bruto para el tamaño del hogar. Esos grupos familiares que solo reciben Asistencia de Alimentos deben informar este cambio dentro de los 10 primeros días del mes después del mes en que se produce el cambio. (Ejemplo: Si el cambio se produce en el mes de junio, informe el cambio antes del 10 de julio.)
- Asegúrese de que su hijo en edad escolar (de 6 a 17 años de edad) asista a la escuela. Si se identifica que su hijo falta a clase sin autorización o que dejó de asistir a la escuela, ese niño puede ser eliminado de su asistencia temporal de dinero en efectivo y puede rebajarse el monto de su beneficio de dinero en efectivo, a menos que usted pueda demostrar que el niño tiene un buen motivo para faltar a la escuela. (Se aplica solamente al Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Tener una reunión con un funcionario escolar por cada niño en edad escolar (de 6 a 17 años de edad) en cada semestre para hablar sobre los avances en las tareas escolares o los problemas en la escuela del niño. Si usted no logra tener esta reunión, es posible que sea retirado de la asistencia temporal de dinero en efectivo y que disminuya el monto de dinero en efectivo, a menos que usted pueda demostrar que tienen un buen motivo para no tener la reunión. (Se aplica solamente al Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Tener al día las inmunizaciones de sus hijos en edad preescolar (de 0 a 4 años de edad). (Se aplica solamente al Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Cooperar con funcionarios del estado y funcionarios federales cuando realicen la revisión de su caso y, si puede, responder sus preguntas.
- Reembolsar al Departamento Niños y Familias todos los beneficios recibidos para los cuales usted no es elegible. El monto que debe puede restarse de sus pagos mensuales de asistencia de dinero en efectivo o de los beneficios de Asistencia de Alimentos hasta que el pago del monto total de la deuda. Si se produce un pago excedente a Medicaid, usted deberá reembolsar el monto personalmente.
- Bríndenos el Número de Seguro Social (SSN), o solicite un SSN, para cada uno de los miembros del grupo familiar para quienes está solicitando la ayuda. Corresponde a los programas de Asistencia de Alimentos, Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo y Medicaid. Usted no debe solicitar un SSN o brindarnos uno de cualquier miembro del grupo familiar para quien no se solicita ayuda. Sin embargo, es posible que deba proporcionarnos información sobre los ingresos y los bienes de esos individuos a fin de que podamos determinar la elegibilidad de otros miembros del grupo familiar para quienes se solicita ayuda.

EL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS TIENE DERECHO A:

- Contactarse con cualquier persona para poder decidir sobre su elegibilidad para obtener ayuda o de cualquier otra persona por quien usted está presentando la solicitud o recibiendo ayuda.
- Usar coincidencias con las bases de datos de otras agencias gubernamentales para confirmar el monto de ingresos y bienes disponibles para usted y los individuos por los cuales usted presenta la solicitud o recibe ayuda. El monto de su beneficio puede modificarse en base a esa información.
- Solicitar un límite de 48 meses sobre la cantidad de meses que las familias pueden recibir beneficios de asistencia temporal de dinero en efectivo. Ese límite corresponde a las familias que cuentan con al menos un adulto elegible, a menos que esa persona reúna las condiciones para una eximición o que el Consejo Regional de Trabajo le otorgue una prórroga por dificultades económicas.

LA AGENCIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD (AHCA) TIENE DERECHO A:

- Dar a conocer la información médica y el beneficio de Medicaid a las compañías de seguros u otras aseguradoras de planes de salud que hagan pagos por prestaciones médicas a fin de que puedan facturar por los servicios de atención a la salud recibidos por los miembros del grupo asistido por Medicaid. (No corresponde para los programas de Asistencia de Alimentos o de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Obtener el pago de los gastos médicos de fuentes que no sean Medicaid, como compañías de seguros u otras aseguradoras de planes de salud. (No corresponde para los programas de Asistencia de Alimentos o de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Recolectar y examinar copias de la información médica y financiera relacionadas con los costos de atención de la salud pagados por Medicaid.
- Recibir la compensación por los pagos realizados por Medicaid para una persona que esté recibiendo dinero de un juicio, adjudicación, acuerdo seguro o alguna otra fuente legalmente responsable. La persona, el abogado de la persona o la compañía de seguros de la persona debe informar a la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud sobre todos los pagos posibles provenientes de cualquiera de esas fuentes.
- Presentar una demanda contra el patrimonio hereditario del beneficiario de Medicaid fallecido para el reembolso de la deuda de Medicaid. La recepción de los beneficios de Medicaid, por parte de una persona mayor de 55 años de edad, crea una deuda con la AHCA por el monto de los pagos de Medicaid realizados antes del fallecimiento de la persona. La persona que represente la herencia debe informar a la Unidad de Recuperación de Herencias de la Agencia (AHCA) el momento en que se inicia el proceso para la aprobación del testamento por parte del tribunal. (No corresponde para el Programa de Asistencia de Alimentos.)

INFORMACIÓN ACERCA DE LA LEGISLACIÓN SOBRE FRAUDE DE FLORIDA

Toda persona (incluso el representante designado o autorizado) que a sabiendas no dice la verdad, oculta información, simula ser otra persona, no brinda toda la información necesaria sobre sí mismo, la(s) persona(s) por la que presenta la solicitud u otras personas de su hogar o hace cualquier otra cosa ilegal con el fin de obtener los beneficios de asistencia pública del gobierno estatal o federal es culpable de un delito y será castigado conforme a lo que dictamine la ley estatal o federal. Además, toda persona (incluso el representante designado/autorizado) que a sabiendas no informe un cambio de las circunstancias con el fin de continuar recibiendo esa ayuda o beneficios que no deben tener, o más beneficios de los que deberían tener, es culpable de un delito y será castigado conforme a lo que dictamine la ley estatal o federal. Toda persona que intencionalmente ayuda a otra persona a realizar cualquiera de las acciones antes mencionadas es culpable de un delito y será castigada conforme a lo que dictamine la ley estatal o federal. Esta información se encuentra en la Sección 414.39, Estatuto del Estado de Florida. Puede obtener información sobre esta ley en la oficina de asistencia pública local o en Internet.



NORMAS DE ADMINISTRACIÓN Y PROTECCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Esta información describe cómo puede ser utilizada y divulgada la información médica sobre usted, y cómo puede tener acceso a esta información. *Por favor revísela cuidadosamente.*

I. Sus Deberes Respecto a su Información Médica Protegida (PHI). Nuestros informes sobre usted contienen información de salud que es muy personal. La confidencialidad de esta información personal está protegida por leyes federales y estatales. Tenemos el deber de proteger su Información Médica Protegida (PHI), que incluye información que permita identificar al individuo sobre:

- su enfermedad o salud en el pasado, presente o futuro,
- prestaciones médicas para usted,
- pago por atención médica considerada PHI.

Se nos exige que:

- protejamos la privacidad de su PHI,
- le demos esta Notificación que describe nuestras prácticas de privacidad,
- expliquemos cómo, donde y cuando utilizaremos o divulgaremos su PHI.

Salvo en circunstancias muy especiales, sólo debemos utilizar o divulgar la PHI mínima que sea necesaria para cumplir con el objetivo de la utilización o divulgación.

Debemos seguir las prácticas que se describen en esta Notificación; sin embargo, **nos reservamos el derecho de modificar los términos de esta Notificación en cualquier momento y de hacer efectivas las previsiones de la nueva Notificación para toda la información médica protegida que recibamos, divulguemos o conservemos.** En caso de modificación de nuestra Notificación, publicaremos un aviso en su centro de servicios local. Puede solicitar una copia de la nueva notificación en su centro de servicios local o por internet, en el sitio www.myflorida.com.

Porqué Podemos Necesitar la Utilización o Divulgación de Su PHI: Utilizamos o divulgamos su PHI por diversas razones. Para algunas de ellas, debemos tener su autorización por escrito. Para algunos otros, la ley permite que utilicemos o divulguemos dicha información sin su autorización.

Generalmente, estas utilizaciones o divulgaciones se relacionan con tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de la salud. Algunos ejemplos de estas utilizaciones o divulgaciones son:

- **Para Tratamiento:** Podemos revelar su PHI a médicos, enfermeras, y otro personal médico que se encuentre involucrado en proveer su atención médica. Por ejemplo, su PHI será compartido entre los miembros de su equipo de tratamiento.
- **Para Obtener Pago:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para pasar factura y cobrar los pagos de sus servicios médicos. Por ejemplo, podemos divulgar partes de su PHI a Medicaid para que se nos abone por los servicios que le hemos prestado o proveído.
- **Para Operaciones de Cuidado de la Salud:** Podemos utilizar o divulgar su PHI en el curso de aplicación de nuestro programa. Por ejemplo, podemos utilizar su PHI para evaluar la calidad de los servicios proveídos, o divulgar su PHI a nuestro contador o abogado para propósitos de auditoría.
- **Para Recordarle sobre Citas:** Salvo que nos dé alguna instrucción alternativa, podemos enviarle recordatorios de sus citas y otro material similar a su domicilio.

Usos y Divulgaciones Para Los Cuales Necesitamos Su Autorización (consentimiento):

- Cuando la utilización o divulgación va más allá del tratamiento, pago, u operaciones médicas, se nos exige que tengamos su autorización por escrito. Existen algunas excepciones a esta regla, y éstas se detallan debajo.
- Puede revocar las autorizaciones en cualquier momento para evitar futuros usos y divulgaciones, salvo cuando ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en relación a su autorización.

Usos y Divulgaciones Para Los Cuales No Necesitamos Su Autorización: La ley nos permite utilizar o divulgar su PHI *sin su autorización escrita* en las siguientes circunstancias:

- **Cuando una Ley Requiere Divulgación:** Podemos utilizar o divulgar su PHI cuando una ley requiera que informemos acerca de un supuesto abuso, negligencia o violencia familiar, o en respuesta a una orden de la corte, o a un funcionario policial. También debemos divulgar su PHI a las autoridades que controlan el cumplimiento de estos requisitos.
- **Para Actividades de Salud Pública:** Podemos utilizar o divulgar su PHI cuando se nos exija que recolectemos información sobre enfermedades o heridas, o para informar sobre estadísticas de vida a las autoridades de salud pública.
- **Para actividades de supervisión de salud:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de supervisión, tales como auditoría; inspecciones; investigaciones o acciones civiles o criminales.
- **Relativo a fallecidos:** Podemos utilizar o divulgar su PHI en relación al fallecimiento de una persona a un juez de instrucción, examinadores médicos o directores de funerarias.
- **Para donación de órganos, córnea y tejidos:** Podemos divulgar su PHI a organizaciones para la obtención de órganos, en relación a la donación o trasplante de órganos, córnea y tejidos.

- **Para propósitos de investigación:** En ciertas circunstancias, y bajo la supervisión de un consejo de privacidad o un consejo de revisión institucional, podemos divulgar su PHI para propósitos de investigación.
- **Para evitar amenazas a la salud o seguridad:** Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad, podemos divulgar su PHI a funcionarios u otras personas que puedan prevenir o reducir razonablemente la amenaza de daño, cuando sea necesario.
- **Para funciones especializadas del gobierno:** Podemos divulgar el PHI del personal militar y veteranos en ciertas situaciones, a establecimientos correccionales en ciertas situaciones, a programas del gobierno en relación a la inscripción y elegibilidad, y por razones de seguridad nacional, tales como la protección del Presidente.
- **Para indemnización laboral:** Podemos divulgar el PHI para cumplir con las leyes de indemnización laboral.

Usos y Divulgaciones A Los Cuales Tiene Oportunidad de Oponerse: En ocasiones, podemos divulgar su PHI si le hemos informado que íbamos a utilizar o divulgar su información y usted no se opuso. Algunos ejemplos:

- **Información de Pacientes:** Su nombre, ubicación, condiciones generales y afiliación religiosa pueden ponerse en su información de paciente, a fin de ser utilizada por el clero y por personas que lo llaman o visitan, preguntando por su nombre.
- **A los familiares, amigos, u otros involucrados en su cuidado:** Podemos compartir con estas personas información directamente relacionada con la intervención de su familiar, amigo u otra persona en su cuidado, o el pago de su cuidado. También podemos compartir el PHI con estas personas para notificarlas sobre su ubicación, condiciones generales o fallecimiento.

Si hubiese una situación de emergencia y no tuviéramos tiempo para permitirle que se oponga a la divulgación, podemos igualmente divulgar su PHI si nos ha dado su permiso con anterioridad y se determine que la divulgación es en beneficio suyo. Si realizamos esto, debemos informarle y darle la oportunidad de oponerse a futuras divulgaciones tan pronto como usted pueda hacerlo.

II. Sus Derechos En Relación a su Información Médica Protegida (PHI). Tiene los siguientes derechos en relación a su PHI:

- **A solicitar restricciones en los usos o divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar que nos limitemos en la forma de utilizar o divulgar su PHI. Consideraremos su solicitud, pero no estamos legalmente obligados a aprobar las restricciones. En caso que aprobemos cualquier restricción en la utilización o divulgación de su PHI por parte nuestra, haremos el acuerdo por escrito y lo cumpliremos, salvo en situaciones de emergencia. No podemos aprobar las limitaciones en el uso o divulgación que se exijan por ley.
- **A elegir cómo lo contactaremos:** Tiene derecho a solicitar que le enviemos información a una dirección alternativa o por un medio alternativo. Debemos aprobar su solicitud siempre que ella sea razonablemente fácil de cumplir para nosotros.
- **A revisar y sacar copia de su PHI:** Salvo que tenga acceso restringido por razones claras y documentadas, tiene derecho a ver su información médica protegida, si lo solicita por escrito. Responderemos a su solicitud dentro de los 30 días para la PHI que conservamos in-situ, dentro de los 60 días para la PHI que no conservamos in-situ. Si le denegamos el acceso, le daremos razón de ello por escrito y le explicaremos cualquier derecho que tenga para revisar su solicitud denegada. Si quisiera copias de su PHI, se le cobrará por ello.
- **A solicitar correcciones en su PHI:** Si cree que ha habido un error o falta información en su registro de PHI, puede solicitar por escrito que lo corrijamos o le agreguemos dicha información a su registro. Responderemos a su solicitud dentro de los 60 días de recibirla. Podemos denegar su solicitud si determinamos que la PHI
 - (i) es correcta y completa;
 - (ii) no fue creada por nosotros o no es parte de nuestros registros; o,
 - (iii) no puede ser divulgada.

Una denegación debe señalar los motivos de la misma. También explicará sus derechos para que su solicitud, nuestra denegación y cualquier declaración que usted provea como respuesta se agregue a su PHI.

Si aprobamos la solicitud de correcciones, modificaremos la PHI y le informaremos a usted, así como a cualquier otra persona que necesite saber de los cambios en la PHI.

- **A enterarse de las divulgaciones que se hayan realizado:** Tiene derecho a obtener una lista de cuándo, a quién, con qué propósito y qué contenido de su PHI ha sido revelado, salvo en instancias de divulgación que se realicen para su tratamiento, pago, operaciones médicas para usted, mediante autorización escrita, para seguridad nacional, establecimientos correccionales o funcionarios policiales, o para el director del establecimiento. La lista también incluirá cualquier divulgación realizada antes del 14 de abril de 2003.

Responderemos su solicitud escrita para dicha lista dentro de los 60 días de recibirla. Su solicitud puede relacionarse con divulgaciones de hasta seis años de antigüedad. No se cobrará por una de dichas listas anualmente. Se cobrará por solicitudes más frecuentes.

- **A recibir una copia de esta notificación:** Tiene derecho a recibir una copia en papel de esta Notificación, o una copia electrónica por correo electrónico si lo solicita.

III. Cómo quejarse sobre sus Prácticas de Privacidad. Si piensa que hemos violados sus derechos de privacidad, o no concuerda con una decisión que hayamos tomado acerca de su acceso al PHI, debe presentar una queja a la persona que se señala debajo, en la Sección IV. También puede presentar una queja por escrito ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de USA (HHS) a la siguiente dirección: Atención: Oficina de Derechos Civiles, Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 3B70, 61 Forsyth Street SW, Atlanta, Georgia 32303-8909. No tomaremos ninguna represalia contra usted si realiza dicha queja.

IV. Persona de Contacto para Información Adicional, o para Enviarle una Queja. Si tiene alguna pregunta acerca de esta Notificación, o tiene alguna queja acerca de sus prácticas de privacidad, por favor contáctese al: Departamento de Niños y Familias, Oficina de Derechos Civiles, 1317 Winewood Boulevard, Building 1, Room 101, Tallahassee, Florida 32399-0700, (850) 487-1901.

V. Fecha de Validez. Esta Notificación es válida a partir del 1° de febrero de 2003.