

## Solicitud de apoyo financiero y alimenticio

Este formulario sirve para solicitar el Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria) (SNAP), el Family Investment Program (Programa de inversión familiar) (FIP) o la Refugee Cash Assistance (Asistencia de dinero en efectivo para refugiados) (RCA). Si prefiere completar una solicitud en línea, visite <https://hhs.iowa.gov/>. Cualquier persona puede completar una solicitud y postularse a uno o ambos programas. Solo debe completar las secciones de los programas que desea solicitar. Conserve las páginas 1 a 2 y 13 a 16 para sus registros.

**Parte A** – Todos deben completar esta sección para solicitar **SNAP o FIP**.

**Parte B – SNAP:** este programa le ayuda a comprar alimentos para mantener una buena salud.

**Parte C – FIP o RCA:** El FIP entrega asistencia temporal en efectivo para niños y familias. El Programa de inversión familiar también se conoce como Temporary Assistance for Needy Families (Asistencia temporal para familias necesitadas) (TANF). Las personas refugiadas que no reciben FIP pueden recibir Asistencia en efectivo para refugiados

**Puede entregar su solicitud por correo postal, correo electrónico o fax, o entregarla en cualquier oficina local del Human and Health Services Department (por sus siglas en inglés, HHS).**

Si envía la solicitud por correo postal, utilice la siguiente dirección:

Cedar Rapids Service Area  
Imaging Center 4  
PO Box 2027  
Cedar Rapids IA 52406-2027

Si envía la solicitud por correo electrónico, utilice la siguiente dirección:

[imagingcenter4@hhs.iowa.gov](mailto:imagingcenter4@hhs.iowa.gov)

Si envía la solicitud por fax, utilice el siguiente número:  
515-564-4017

**La fecha en que recibimos la página 3 con su nombre, dirección y firma es la fecha de ingreso de su solicitud. A partir de dicha fecha comienza a correr el tiempo que tenemos para trabajar en su solicitud. También es la fecha en que podría comenzar a recibir SNAP.** Se programará una entrevista con usted si se considera necesario. Es probable que la entrevista se realice por teléfono. Hay cierta información que debemos verificar antes de procesar su solicitud. Se le otorgará tiempo para entregar esa información. Si no puede obtener un comprobante que provea la información requerida, puede solicitarle al HHS que le ayude a obtener la información. Antes de que podamos procesar su solicitud, es posible que le pidamos comprobantes de lo siguiente:

- De su identidad y de las personas para las que se están solicitando los beneficios. Algunos ejemplos de comprobantes incluyen: licencia de conducir, tarjeta de seguro social o tarjeta de residente extranjero.
- Que usted y las personas por las que está solicitando sean ciudadanos o nacionales de los EE. UU.
- Del dinero que ha recibido en los últimos 30 días, como talones de cheques, registros de trabajo por cuenta propia, comprobantes de pagos de manutención de menores o cartas de adjudicación de beneficios (como beneficios por discapacidad, beneficios para veteranos o asistencia financiera).
- De sus activos, como cuentas bancarias, cuentas de fideicomiso, acciones o bonos.
- De sus gastos, como vivienda, servicios públicos, cuidado infantil y manutención de menores.

**Información acerca del estatus migratorio** - Usted puede solicitar solo para una parte de las personas de su grupo familiar incluso si algunos miembros no tienen estatus migratorio legal. Por ejemplo, los padres que no tienen estatus migratorio legal pueden solicitar por sus hijos estadounidenses o inmigrantes legales calificados. Deberá presentar un comprobante del estatus migratorio o de la ciudadanía estadounidense para cada persona de su hogar que esté solicitando beneficios.

Se podrá verificar el estatus migratorio de su grupo familiar con el United States Citizenship and Immigration Service (Servicio de Ciudadanía e Inmigraciones de los Estados Unidos o USCIS). Cualquier información que obtengamos de USCIS puede afectar los beneficios de su grupo familiar. No nos comunicaremos con el Citizenship and Immigration Service para obtener información sobre las personas para las cuales no llene una solicitud. Sin embargo, podremos utilizar sus ingresos y activos para ver si el resto del grupo familiar puede recibir ayuda.

### **Servicio de emergencia - SNAP**

Las siguientes personas califican para recibir SNAP en siete días:

- Grupos familiares con ingresos brutos mensuales inferiores a \$150 y con activos, como efectivo o cuentas bancarias, con \$100 o menos; o
- Grupos familiares cuyos gastos de renta, hipoteca y servicios públicos superen los ingresos brutos y activos mensuales del grupo familiar; o
- Grupos familiares con un trabajador agrícola migrante o temporero con activos de \$100 o menos cuyo ingreso está por terminar o comenzar

### **SNAP en 30 días**

Si no recibe el Servicio de Emergencia, recibirá SNAP dentro de un plazo no mayor a 30 días si es elegible, o bien recibirá una carta indicando por qué no es elegible.

### **FIP o RCA**

Recibirá FIP o RCA dentro de un plazo no mayor a 30 días si es elegible, o bien recibirá una carta indicando por qué no es elegible.

### **Registro de votante**

Si se quiere registrar para votar, puede completar el formulario de registro de votante en [https://hhs.iowa.gov/sites/default/files/Voter\\_Registration.pdf](https://hhs.iowa.gov/sites/default/files/Voter_Registration.pdf). El hecho de solicitar o rechazar el registro para votar no afectará la cantidad de ayuda que le prestará esta agencia.

En la solicitud usamos la siguiente terminología. Estos son sus significados:

<b>Extranjero</b>	Una persona que no es ciudadana de los EE. UU.
<b>Apelación</b>	Una solicitud de audiencia basada en una decisión tomada por el Departamento.
<b>EAC (Electronic access card)</b>	Tarjeta de acceso electrónica (Tarjeta de débito Mastercard) para recibir sus beneficios de asistencia en efectivo.
<b>Tarjeta EBT</b>	Tarjeta para Transferencia electrónica de beneficios correspondiente a una tarjeta plástica que se usa para comprar comida.
<b>Elegible</b>	Cumple con todas las reglas del programa para obtener beneficios del HHS.
<b>Grupo familiar</b>	Grupo de personas que viven juntas.
<b>Trabajador agrícola migrante</b>	Persona que viaja por temporadas para buscar trabajo en la cosecha agrícola.
<b>PROMISE JOBS</b>	Programa de trabajo y capacitación para el Programa de Inversión Familiar (FIP).
<b>Control de calidad</b>	Unidad del HHS que podría revisar su caso para confirmar si está recibiendo la asistencia correcta. Si selecciona su caso para revisión, la unidad de Control de Calidad se pondrá en contacto con usted.
<b>Refugiado/a</b>	Persona que ingresa a los EE. UU. con un estatus de refugiado/a.
<b>Trabajador agrícola temporero</b>	Persona que trabaja por temporada en una granja que se encuentra a una distancia corta en vehículo de su casa.
<b>Acciones, bonos, certificados de ahorro, anualidades, IRA, Keogh</b>	Estos son diferentes tipos de inversiones financieras que pueden considerarse recursos/activos bajo los criterios de elegibilidad para recibir SNAP y FIP.

## Solicitud de apoyo financiero y alimenticio

Marque la casilla que se encuentra junto a los programas que desea solicitar:

- ☐ **SNAP**   ☐ **Family Investment Program (Programa de inversión familiar, FIP)**  
☐ **Refugee Cash Assistance (RCA)**

No es necesario que solicite los programas que ya recibe. **Si no puede completar toda la solicitud hoy, al menos complete su nombre, dirección y firma y entregue esta página. Si solo completa su nombre, dirección y firma, complete y entregue el resto de la solicitud tan pronto como pueda para ayudarnos a procesarla correctamente. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a su oficina local del HHS.**

Nombre		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Número de teléfono (      )	Lo llamaremos para hacer una entrevista telefónica. ¿Cuál es el mejor momento para contactarle para tener la entrevista?			
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)		Ciudad	Estado	Código postal
Condado en el que vive		Correo electrónico		
¿Necesita un intérprete? Si es así, ¿en qué idioma?				

Autorizo al HHS a entregarme información confidencial por correo electrónico a la dirección provista arriba. La información confidencial abarca todos los datos necesarios para que el HHS procese mi solicitud. Al proveer mi dirección de correo electrónico al HHS entiendo que es mi responsabilidad informar a mi trabajador del HHS si mi dirección de correo electrónico cambia o si deseo que dejen de comunicarse conmigo por correo electrónico.

Certifico, bajo pena de perjurio que:

- Las respuestas que voy a entregar en esta solicitud son correctas y están completas a mi leal saber y entender.
- Mi respuesta sobre la ciudadanía y el estatus migratorio de cada una de las personas que está solicitando asistencia es correcta.

Su firma o marca	Fecha de hoy
Firma de la persona que ayudó a completar este formulario, si corresponde	Fecha de hoy
Nombre en letra de imprenta de la persona que ayudó a completar el formulario	Número de teléfono
Dirección postal de la persona que ayudó a completar el formulario	Ciudad   Estado   Código postal

## Información sobre el Número de Seguro Social

Podemos entregar ayuda solo a personas que nos den su número de seguro social (SSN) o un comprobante de la oficina del seguro social. No necesita entregarnos el SSN de las personas en su hogar para quienes usted no desea la ayuda, pero usted puede elegir entregarnos el SSN si quiere. Sin embargo, utilizaremos todos los SSN que nos entregue de la misma manera en que usamos el SSN de las personas que reciben asistencia. Si opta por no darnos el SSN de las personas en su hogar, denegaremos la asistencia para esas personas. Existen algunas excepciones a esto. Pregunte a su trabajadora social al respecto. No entregaremos ningún SSN al Citizenship and Immigration Service (Servicio de Ciudadanía e Inmigraciones).

<b>Personas en su hogar</b>	<b>Parte A</b>
-----------------------------	----------------

Enumere a **todas** las personas que viven en su hogar y marque la casilla **sí** o **no** si está solicitando beneficios para esa persona. Si elige no, solo necesita registrar sus nombres, el parentesco que tiene con usted y sus fechas de nacimiento.

\*Solo se requiere si va a solicitar FIP.

Tenemos que preguntar por su origen étnico y raza, pero usted **no** tiene la obligación de responder. La razón de la información es asegurarse de que los beneficios del programa sean distribuidos sin importar la raza, el color o el origen nacional. Su respuesta no afectará el nivel ni el tiempo de espera de los beneficios elegibles que pudiera obtener. Si decide responder, utilice los siguientes códigos:

### \*\*Origen étnico

H = Hispano o Latino  
N = No Hispano o Latino

### \*\*\*Raza (escoja todas las que correspondan)

W = Blanco  
B = Negro o Afroamericano  
A = Asiático  
I = Nativo Americano o nativo de Alaska  
N = Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

¿Está solicitando beneficios? Sí/No	Nombre completo (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Relación que tiene con usted	Fecha de nacimiento	SSN	¿Es ciudadano/a? Sí/No	Si no es ciudadano, ¿cuál es su estatus migratorio?	Fecha de nacimiento de nacimiento*	Último grado escolar*	Origen étnico **	Raza ***
		Yo								

**Abuelos y otras personas que solicitan beneficios para menores que no son sus hijos** - Si está solicitando FIP **solo** para menores, responda las preguntas siguientes en relación exclusiva con los menores. Si está solicitando SNAP o FIP para usted, responda las preguntas sobre las personas que viven en su hogar.

Indique a cualquier persona en su hogar que tenga una discapacidad: \_\_\_\_\_

Indique a cualquier persona de 18 años o mayor que asista a una universidad o escuela técnica: \_\_\_\_\_

Indique si alguien en su hogar recibe beneficios de otro estado: \_\_\_\_\_ ¿De qué estado? \_\_\_\_\_

Indique si alguien en su hogar está en huelga o recibe alimentos con regularidad en lugar de pagar la renta: \_\_\_\_\_

Indique si alguien en su hogar está en las fuerzas armadas, es veterano o cónyuge de un veterano: \_\_\_\_\_

Indique a cualquier persona en su hogar que esté embarazada: \_\_\_\_\_

### Acciones penales y descalificación

### Parte A

¿Alguna persona de su grupo familiar se encuentra prófugo para evitar un procesamiento judicial, custodia o cárcel por un delito mayor? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna persona de su grupo familiar ha quebrantado su libertad condicional? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna persona de su grupo familiar está en la cárcel o a la espera de ser ingresado a la cárcel o prisión? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien ha sido descalificado para recibir beneficios de SNAP en algún estado por fraude o violación del programa? ☐ Sí ☐ No

### Ingresos

### Parte A

Debe indicarnos todo el dinero que ganan las personas en su casa. **Si deja un espacio en blanco, entenderemos que nadie en su grupo familiar recibe dinero de este tipo.** Use una hoja de papel adicional si fuera necesario. **Es posible que deba presentar un comprobante de sus ingresos de los últimos 30 días.** Haga una lista de todos los empleos que tengan las personas en su casa.

¿Quién trabaja?	¿Cuál es el nombre del empleador?	¿Cuánto se le paga por hora?	¿Cuántas horas trabaja por semana?	¿Con qué frecuencia se le paga?	Propinas recibidas
		\$ _____	Horas regulares _____ Horas extras _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Monto semanal \$ _____
		\$ _____	Horas regulares _____ Horas extras _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Monto semanal \$ _____
		\$ _____	Horas regulares _____ Horas extras _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Monto semanal \$ _____
		\$ _____	Horas regulares _____ Horas extras _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Monto semanal \$ _____

¿Alguien recibe bonificaciones o comisiones? Si es así ¿quién? \_\_\_\_\_ ☐ Sí ☐ No

¿La cantidad de dinero que obtiene del trabajo se mantendrá aproximadamente igual? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es No, explique: \_\_\_\_\_

¿Hay alguien que ya haya sido contratado para un empleo pero que no haya recibido aún su sueldo? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el nombre del nuevo empleador? \_\_\_\_\_

Tarifa de pago \_\_\_\_\_ Horas semanales de trabajo \_\_\_\_\_

¿Alguien ha reducido sus horas de trabajo o ha dejado de trabajar en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el nombre del empleador? \_\_\_\_\_

¿Qué otro dinero obtienen las personas de su hogar?	¿Quién obtiene el dinero?	¿Cuánto recibe al mes?	¿Se mantendrá igual esta cantidad? Si la respuesta es No, explique:
Empleo por cuenta propia o trabajos esporádicos Envíe los formularios de impuestos federales más recientes. Si no ha presentado declaración de impuestos, envíe los registros que muestren los ingresos y los gastos.			
Beneficios de desempleo o compensación laboral			
Seguro Social o SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)			
Beneficios para veteranos, pensiones o jubilación			
Pensión alimenticia o manutención			
Dinero proveniente de amigos o familiares			
Otro: (incluya pagos irregulares o únicos)			

## Gastos

## Parte A

Si tiene gastos de **guardería** para un niño o de cuidado diurno para un adulto discapacitado que vive con usted, díganos cuánto paga a continuación. Necesitamos un comprobante de cuánto es su responsabilidad de pago para ver si puede obtener una deducción. Los comprobantes pueden ser recibos o una declaración de pago del proveedor.

Quién recibe los cuidados: \_\_\_\_\_ Cantidad que paga \$ \_\_\_\_\_ por mes

Si alguien paga **manutención de menores**, díganos cuánto paga a continuación. Necesitamos un comprobante de cuánto paga para ver si puede obtener una deducción.

Quién paga: \_\_\_\_\_ Cantidad que paga \$ \_\_\_\_\_ por mes

**Recursos (activos)****Parte A**

¿Alguien en su hogar tiene un auto, camión, bote, casa rodante, motocicleta u otro vehículo?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, indique la marca, el modelo y el año:

Indique el dinero total que las personas en su hogar tengan en:

Cuentas de cheques/ahorros u otras cuentas bancarias o de cooperativas de crédito \$ \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Efectivo \$ \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Acciones, bonos, certificados de ahorro, anualidades, IRA, Keogh u otros activos \$ \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Indique si alguien:

Posee tierras, edificios o casas, además de la casa en la que vive: \_\_\_\_\_

Posee recursos con alguien que no vive en su hogar: \_\_\_\_\_

Tiene una patria potestad o un fideicomiso: \_\_\_\_\_

Ha vendido, transferido o regalado algún recurso en los últimos tres meses: \_\_\_\_\_

**Ayuda con su SNAP – Representante autorizado****Parte B**

Si siente que necesita la ayuda de otra persona para estar en sus entrevistas con el HHS, completar sus documentos del HHS, responder preguntas del HHS y comprarle alimentos con sus beneficios de EBT, puede decirnos el nombre de esa persona. La persona que lo representa ante el HHS se llama su Representante Autorizado (AR). Es muy importante elegir un AR en quien confíe. Cualquier información proporcionada al HHS por parte de su AR es lo mismo que si esa información proviniera de usted. Si su Representante da información incorrecta y usted obtiene beneficios en exceso, tendrá que devolverlos. Si su Representante usa sus beneficios EBT, no podrá reemplazar esos beneficios. No tiene que tener un AR. Es opcional y es su decisión.

Entiendo lo que significa tener un Representante Autorizado y me gustaría tener uno. Entiendo que el HHS podrá compartir mi información con la persona que indico a continuación.

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Relación con usted \_\_\_\_\_

**SNAP****Parte B**

Escriba los nombres de las personas de su hogar que **no** están solicitando SNAP:

Escriba los nombres de las personas que viven con usted, pero que **no** comen en su casa con usted: \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar ya tiene una tarjeta EBT de Iowa? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

Indique a cualquier persona en su hogar que haya dejado de estar en cuidados de crianza:

---

Indique a cualquier persona en su hogar que esté experimentando falta de vivienda:

---

¿Algún miembro del grupo familiar es un trabajador agrícola migrante o temporero? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado después del 22 de septiembre de 1996 por alguno de los siguientes ilícitos?

Comprar o vender beneficios de SNAP superiores a \$500 ☐ Sí ☐ No

Recibir fraudulentamente beneficios duplicados de SNAP en cualquier estado ☐ Sí ☐ No

Intercambiar los beneficios de SNAP por drogas, armas, municiones o explosivos ☐ Sí ☐ No



Para obtener la mayor cantidad de SNAP posible, provea información sobre sus facturas.

### Refugio

¿Recibe asistencia para la renta? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ingrese el monto exacto que usted es responsable de pagar. **No provea montos estimados.** \$ \_\_\_\_\_ al mes

Díganos el monto exacto que usted es responsable de pagar. **No provea montos estimados.**

Alquiler \$ \_\_\_\_\_ por mes

Alquiler de lote \$ \_\_\_\_\_ por mes

Hipoteca\* \$ \_\_\_\_\_ por mes

\*Si usted paga impuestos o seguro aparte de su hipoteca, indique los **montos exactos** que es responsable de pagar. **No provea montos estimados.**

Impuestos de la propiedad: \$ \_\_\_\_\_ cada ☐ 1 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 12 meses

Seguro de propietario: \$ \_\_\_\_\_ cada ☐ 1 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 12 meses

Marque las casillas para identificar las facturas de servicios públicos que debe pagar:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Luz/electricidad     | <input type="checkbox"/> Agua y alcantarillado              |
| <input type="checkbox"/> Gas                  | <input type="checkbox"/> Basura                             |
| <input type="checkbox"/> Teléfono             | <input type="checkbox"/> Cargos adicionales del propietario |
| <input type="checkbox"/> Renta de garaje      | <input type="checkbox"/> Pago para poder tener mascota      |
| <input type="checkbox"/> Otro, explique _____ |   |

Marque la casilla si:

- ☐ Cualquiera de las facturas de los servicios públicos que tiene que pagar son para cubrir la calefacción o el aire acondicionado.
- ☐ Usted recibió asistencia para cubrir los gastos de energía el año pasado.
- ☐ Los servicios públicos están incluidos en su renta.
- ☐ Alguien le ayuda a pagar la renta, los servicios públicos u otros gastos. Ejemplo: compañero de cuarto, padre, amigo, etc. Si la respuesta es sí, ¿quiénes le ayudaron y qué gastos pagaron? \_\_\_\_\_

Quién paga: \_\_\_\_\_ Cantidad que paga \$ \_\_\_\_\_ por mes

### Gastos médicos

Si tiene **gastos médicos** que su seguro no cubre para algún miembro del grupo familiar que tenga discapacidad o sea mayor a 59 años, notifíquenos. Esos podrían ser facturas de médicos u hospitales, medicamentos, transporte, primas de seguros médicos, costos de atención médica domiciliaria, suministros relacionados con la salud, equipos médicos u otros gastos médicos.

Quién paga: \_\_\_\_\_ Cantidad que paga \$ \_\_\_\_\_ por mes

**Ayuda con el pago de gastos** - Si recibe ayuda con sus gastos, indíquenos:

Qué gasto se pagó	Quién pagó	Monto pagado

Si no recibe FIP o Asistencia de dinero en efectivo para refugiados y desea presentar una solicitud, responda las preguntas de esta sección.

Indique las personas en su hogar que **no** están solicitando FIP: \_\_\_\_\_

Indique si alguien en su hogar ya tiene una Tarjeta de acceso electrónica de Iowa (EAC) \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar espera recibir o recibió en los últimos 30 días un pago único, como una herencia o un pago del seguro? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien tiene seguro de vida o beneficio por fallecimiento? ☐ Sí ☐ No

Indique si alguien en su hogar ha recibido TANF u otros beneficios de Asistencia de dinero en efectivo fuera de Iowa desde el 1 de enero de 1997: \_\_\_\_\_

¿Dónde se recibieron los beneficios y en qué meses? \_\_\_\_\_

**Manutención de menores**

Complete esta sección para cada progenitor que no viva en el hogar con sus hijos.

Nombre y dirección del progenitor que no vive en el hogar	Fecha de nacimiento de este padre	Número de Seguro Social de este padre	Nombre de los hijos(as) de este padre	Condado donde se presentó la orden judicial, si hubiese alguna

Nombre y dirección del empleador del progenitor que no vive en el hogar \_\_\_\_\_

Si alguna vez se casó con este progenitor, indique la fecha y el lugar de matrimonio \_\_\_\_\_

## Anexo a los formularios de solicitud y revisión para revelación de información

### Autorización para solicitar información – OPCIONAL

#### ¡Ayúdenos a ayudarlo!

No tiene que firmar esto, pero su firma nos ayudará a obtener la información que necesitamos para ayudarlo, sin tener que pedirle que firme para solicitudes específicas.

#### Debería saber que:

- Tal vez necesitemos información adicional para decidir si puede recibir asistencia.
- Si necesitáramos información adicional de usted, recibirá una carta que le indicará qué necesitamos y la fecha límite de presentación de esa información.
- Usted es responsable de conseguir la información o de pedirnos ayuda para obtenerla.
- Si no nos entrega la información para la fecha límite ni nos pide ayuda para obtenerla, su solicitud podría ser denegada o su asistencia podría ser interrumpida.
- Podríamos usar la autorización de abajo para obtener la información que necesitamos. **Sin embargo, usted todavía tiene que proveernos la información solicitada o pedirnos ayuda para obtenerla.**
- Podríamos adjuntar una copia de esta autorización a un formulario que solicite a otras personas u organizaciones (como su empleador) la información específica que necesitamos sobre usted u otras personas en su grupo familiar.

**Escriba su nombre y firma a continuación para darnos permiso para obtener la información necesaria.**

#### Revelación de información

Por la presente, autorizo a cualquier persona u organización a proporcionar al Iowa Department of Health and Human Services la información solicitada sobre mí u otros miembros de mi grupo familiar.

Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

Esta autorización no procede en el caso de información médica protegida.

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de firma.

\_\_\_\_\_  
Su nombre (use letra clara)

\_\_\_\_\_  
Nombre de otro adulto (use letra clara)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca

\_\_\_\_\_  
Firma o marca

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Usted tiene derecho a apelar**, que es una solicitud de audiencia sobre una decisión con la que no está de acuerdo tomada por el Iowa Department of Health and Human Services (HHS). [441 del Código Administrativo de Iowa, Capítulo 7] Usted puede apelar en persona, por teléfono o por escrito para SNAP, Asistencia de Cuidado de Niños (CCA), Programa de Inversión Familiar (FIP) o Medicaid. Para presentar una apelación por escrito, debe realizar una de las siguientes acciones:

- Complete una apelación electrónicamente en <https://hhs.iowa.gov/programs/appeals> o
- Escriba una carta en la que nos indique por qué cree que la decisión es incorrecta, o
- Complete un **formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia**. Puede obtener este formulario en la oficina de HHS de su condado.

Envíe su apelación por correo postal o llévela al HHS, Appeals Section, 321 E. 12<sup>th</sup> St., Des Moines, IA 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar una apelación, comuníquese con la oficina de HHS de su condado. Puede representarse a sí mismo o puede hacer que otra persona actúe en su nombre. La Asistencia Legal de Iowa provee asistencia jurídica gratuita a civiles. Su número telefónico es (800) 532-1275.

**¿Cuánto tiempo tengo para apelar?** Para temas relacionados con SNAP o Medicaid, tiene 90 días calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una apelación. Para todos los demás programas, debe presentar una apelación en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de una decisión o antes de la fecha en que una decisión entre en vigor. Si presenta la apelación después de 30 días, pero todavía dentro de los 90 días calendario después de la decisión, deberá explicarnos el motivo del retraso de su apelación. Si tiene un motivo justificado para haber presentado su apelación tardíamente, decidiremos si puede tener una audiencia. Si presenta una apelación fuera del plazo de 90 días desde la fecha de la decisión, no podremos otorgarle una audiencia.

**¿Puedo seguir obteniendo beneficios mientras mi apelación está pendiente?** Puede mantener sus beneficios hasta que una apelación sea definitiva o hasta el final de su período de certificación si presentó una apelación dentro de 10 días calendario a partir de la fecha en que recibió el aviso. Un aviso se considera recibido 5 días calendario después de la fecha que aparece en el aviso. Los beneficios de FIP, CCA y Medicaid pueden continuar si presenta una apelación antes de la fecha en que la decisión entra en vigor. Los beneficios que reciba mientras la decisión sobre su apelación esté pendiente deberá ser reembolsado si la medida de HHS es correcta.

**¿Cómo sabré si se me concedió una audiencia?** Recibirá un aviso de audiencia en el que se indicará la fecha y hora programadas para una audiencia telefónica. Recibirá una carta en la que se le informará si no se le concede una audiencia. También le explicará lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión de no darle una audiencia.

**No sufrirá discriminación** - Es política del HHS de Iowa proporcionar un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a los solicitantes, empleados y clientes sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, religión, edad, discapacidad, creencias políticas o condición de veterano. Si cree que ha sido víctima de discriminación o acoso por parte del HHS, envíe una carta en la que explique en detalle su queja a la siguiente dirección: HHS, Bureau of Human Resources, 321 E. 12<sup>th</sup> St., Des Moines, IA 50319-1002 o por correo electrónico a [inclusion@hhs.iowa.gov](mailto:inclusion@hhs.iowa.gov).

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias o venganza por actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases aplican a todos los programas). Las fechas límite para la presentación de recursos y quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de retransmisión de telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa se puede entregar en otros idiomas.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el [Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA \(AD-3027\)](#), que se encuentra en línea en [Cómo presentar una queja por discriminación en el programa](#), y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y provea toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o la carta al USDA por:

1. Correo postal: USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o
2. Correo electrónico: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

### **SNAP, FIP y RCA - Revisamos sus declaraciones**

**La información que usted nos entrega podría ser revisada por funcionarios federales, estatales y locales para verificar su veracidad. La información que podemos verificar podría ser cualquier dato provisto por la persona: Número de Seguro Social, empleo y salario, saldo en cuenta bancaria, montos recibidos de otras fuentes como el Seguro Social o seguro de desempleo y estatus migratorio. Si la información entregada no es fidedigna, podríamos denegar su solicitud.**

**Podemos comprobar los registros de otros estados para ver si alguna persona de su unidad familiar puede recibir beneficios en Iowa. Esto puede deberse a que una persona fue descalificada de un programa en otro estado.**

**Revisamos y utilizamos sistemas computarizados como el State Income and Eligibility Verification System (Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad). Si cualquier información que nos haya entregado difiere con lo que no dice el sistema, averiguaremos para saber qué es lo correcto. Para revisar su información podríamos comunicarnos con su empleador, su banco o con otras personas. Dicha información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar.**

### **Cosas que necesita saber**

- El HHS podría entregar sus respuestas a la policía y agencias del orden público para apresar a personas buscadas por la ley.
- La unidad de Control de Calidad o la unidad de Investigaciones podría revisar su caso. Ellos podrían contactar a otras personas u organizaciones para verificar su información. Al firmar esta solicitud, usted otorga su permiso para divulgar información confidencial a la unidad de Control de Calidad o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con la unidad de Control de Calidad e Investigación para conservar sus beneficios del FIP. Debe cooperar con la unidad de Control de Calidad para conservar sus beneficios de SNAP.
- Utilizaremos la información que nos proporcione para determinar la asistencia que tiene derecho a recibir.
- Si no era elegible para beneficios, tendrá que pagar de vuelta todos los beneficios que haya obtenido o que hayan sido pagados a terceros en su nombre.
- La sección 1128B de la Ley de Seguro Social provee penas federales por actos fraudulentos e informes falsos en relación con estos programas.
- Cualquier persona que obtiene, intenta obtener o ayuda a otra persona a obtener asistencia pública a la cual no tiene derecho, es culpable de violar las leyes del estado de Iowa. Esto incluye, entre otros, los capítulos 239B, 243, 249 y 249A del Código de Iowa.
- Sus gastos pueden ser utilizados para calcular la cantidad de asistencia a recibir. Puede incluir los gastos en el cálculo de sus beneficios informando y presentando comprobantes de sus gastos. Si no reporta o no entrega pruebas de sus gastos, significa que está eligiendo no reclamar el gasto. Puede informar y presentar pruebas más adelante y el gasto se podrá utilizar en los próximos meses.

### **También tiene derecho a lo siguiente:**

- Pedirle a alguien que le ayude a completar la solicitud.
- Que le aclaren todas sus preguntas.
- Obtener información sobre los programas que solicitó y cualquier otro programa del HHS que podría recibir.
- Que se le notifique si es elegible y cuándo cambiarán o se detendrán sus beneficios.
- Mantener su información y la de su familia en privado.

**Para informar un cambio—** Envíe un correo electrónico a [IMCSC@hhs.iowa.gov](mailto:IMCSC@hhs.iowa.gov) o llame al 1-877-347-5678 de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 06:00 p. m. (se excluyen los días festivos estatales).

### **Solamente SNAP -** Siga estas reglas del programa SNAP:

- **No** oculte ni entregue información indebida con el fin de obtener beneficios de SNAP.
- **No** use los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean alimentos, por ejemplo, alcohol o tabaco.
- **No** intercambie, no venda ni regale sus beneficios de SNAP.

- **No** use los beneficios de SNAP de otra persona para usted mismo.
- **No** compre con sus beneficios de SNAP un producto que tenga un envase con sistema de depósito, devolución y retorno con la intención de obtener efectivo mediante el descarte intencional del producto para luego devolver el envase y obtener el monto del depósito.
- **No** adquiera alimentos a crédito ni intente pagarlos con SNAP.
- **No** adquiera un producto con los beneficios de SNAP de manera que pueda obtener efectivo u otros artículos que no sean alimentos elegibles mediante la reventa de dicho producto.
- **No** deje de informar si su grupo familiar supera su límite de ingresos.  
Si recibe SNAP, la trabajadora le indicará cuál es el límite de ingresos que corresponde a su grupo familiar. Si el ingreso de su hogar supera el límite, o si alguien en su hogar recibe ganancias de la lotería o por apuestas de \$4,250 o más en un mes determinado, deberá notificarnos a más tardar para el día 10 del mes siguiente. Si no avisa a tiempo, tendrá que devolver el pago de esos beneficios.

**Sanciones del Programa SNAP. Cualquier persona que viole las reglas anteriores:**

- **No podrá obtener beneficios de SNAP durante un año si es la primera vez, dos años si es la segunda vez, y nunca más si es la tercera vez.**
- **Podría ser multado con hasta \$250,000 o encarcelado por hasta 20 años o ambos; y también podría ser llevado a juicio bajo otras leyes federales y estatales aplicables.**
- **Podrían ser suspendidos sus beneficios de SNAP por 18 meses adicionales, si la Corte así lo determina.**
- **Si la Corte lo declara culpable de intercambiar beneficios del SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.**
- **Si la Corte lo declara culpable de comprar, vender o intercambiar más de \$500 en beneficios del SNAP, perderá los beneficios para siempre.**
- **Si la Corte lo declara culpable de canjear los beneficios del SNAP por sustancias controladas, perderá los beneficios por dos años la primera vez y para siempre en caso que ocurra una segunda vez.**
- **No recibirá SNAP durante 10 años si es encontrado culpable de obtener o intentar obtener SNAP en más de un estado a la vez. Esta sanción se produce si entrega información incorrecta sobre usted o el lugar donde vive.**

**Entregar información errónea de manera intencional podría significar que tomemos acciones legales, ya sea penales o civiles, contra usted. También podría significar que rebajemos sus beneficios o que confiscemos el dinero de usted.**

**Cosas que necesita saber**

- Si tiene un pago en exceso de SNAP, el HHS entregará sus respuestas a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de cobranzas, para recuperar el pago en exceso.
- La oficina del SNAP podría contactar a otras personas u organizaciones para verificar su información.
- La fecha de presentación de su solicitud es diferente si su hogar es una institución y está solicitando SNAP e ingreso de seguridad complementario (SSI) al mismo tiempo. En este caso, la fecha de presentación es la fecha de publicación de la institución.
- Para obtener información sobre los servicios que se prestan para Matrimonios Saludables, póngase en contacto con su oficina local.
- No le denegarán los beneficios de SNAP basado en la denegación de otros programas. No se retrasarán las solicitudes de SNAP debido a los requisitos de otros programas que solicite.
- Al firmar esta solicitud, usted acepta que todos los miembros de su grupo familiar se registrarán en algún empleo y seguirán todas las reglas de empleo y capacitación.
- Para ver la disponibilidad de oportunidades de empleo y capacitación, puede visitar el siguiente sitio:
  - Programa de Empleo y Entrenamiento de SNAP (SNAP Employment & Training (E&T) Program), ya sea por teléfono al (515) 281-3131 o en línea: <https://hhs.iowa.gov/programs/programs-and-services/job-training>
  - Su centro local de IowaWorks <https://www.iowaworkforcedevelopment.gov/contact>
  - United Way – 211

- La recolección de información en la solicitud, que incluye el SSN de cada miembro del grupo familiar, está autorizada por la Food and Nutrition Act de 2008 (Ley de Alimentos y Nutrición) (anteriormente la Food Stamp Act de 1977 [Ley de Estampillas para Alimentos]), y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2011-2036. La información se utilizará para determinar si su grupo familiar es elegible o continúa siendo elegible para participar en el Programa SNAP. Verificaremos esta información a través de programas de correspondencia computarizados. Esta información se usará para supervisar el cumplimiento de las regulaciones del programa y para la administración del programa.
- Un grupo familiar conformado solo por solicitantes o beneficiarios de Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) tiene derecho a solicitar la recertificación del SNAP en una oficina de la Administración del Seguro Social.

**FIP o Ayuda Económica a Refugiados (RCA) solamente** - Debe informar al HHS cualquier cambio dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que ocurre un cambio, tales como:

- Ingresos, cuando comienzan o terminan, incluyendo la obtención de una herencia o un pago único de manutención de menores morosa
- Recursos o activos
- Mudanza de una persona dentro o fuera de su hogar
- Una nueva dirección postal o de domicilio
- Recepción de un SSN
- Cambio de escuela de un menor

#### **Información adicional**

- Si recibe beneficios de FIP o Asistencia de dinero en efectivo para refugiados, su SNAP podría disminuir o terminar.
- A menos que estén exentos, todos los miembros de su grupo familiar deberán cooperar con el Acuerdo de Inversión Familiar (FIA) que usted firmó con PROMISE JOBS. Hable con su trabajador si cree que tiene motivos para no cooperar. Si decide no participar en su FIA, los beneficios de su FIP se terminarán.
- Debe cooperar con los Child Support Services (Servicios de Manutención de Menores). Mientras recibe el FIP, renuncia a sus derechos de manutención de menores durante los meses que esté en el FIP. El estado de Iowa se quedará con la manutención menores para devolver el dinero que usted obtiene del FIP.

**Uso de su tarjeta de acceso electrónico (EAC) o tarjeta de débito para acceder a fondos del FIP/RCA de su cuenta bancaria personal** - Usted no puede acceder a sus beneficios de dinero en efectivo con su EAC ni con su tarjeta de débito personal en estos sitios:

- Licorerías o cualquier sitio que venda alcohol principalmente;
- Casinos u otros establecimientos de apuestas o juegos, o
- Negocios que ofrecen entretenimiento para adultos donde hay artistas que se quitan la ropa o actúan desnudos (por ejemplo, un club nocturno).

Esto incluye esos tipos de negocios ubicados en Iowa, en territorios indígenas o en cualquier otro estado. Si el HHS determina que usted accedió a sus beneficios de dinero en efectivo con su EAC o su tarjeta de débito personal en uno de los lugares mencionados arriba, usted:

- Habrá cometido fraude,
- Tiene que devolver la cantidad de dinero usada en el lugar, además de cualquier otro cobro inherente a ese uso, y
- Su familia no obtendrá los beneficios en efectivo durante tres meses con el primer uso incorrecto, y por seis meses por cada uso incorrecto adicional.

Al firmar esta solicitud usted conviene en que ningún miembro de su grupo familiar usará la EAC o su tarjeta de débito personal para acceder a los fondos de FIP/RCA en lugares prohibidos.

#### **Responsabilidades adicionales - Usted debe hacer lo siguiente:**

- Solicitar y aceptar cualquier beneficio que pueda obtener.
- Proveernos información y comprobantes, cuando se lo solicitemos.
- Completar los formularios de revisión cuando se le pida que lo haga.

#### **Sanción por obtener FIP en más de un estado**

No recibirá FIP durante 10 años si es encontrado culpable de obtener o intentar obtener FIP en más de un estado a la vez. Esta sanción se produce si entrega información incorrecta sobre el lugar donde vive.