



**INSTRUCCIONES:** *Por favor complete su solicitud de la manera más detallada posible. Es importante que usted responda todas las preguntas. Sin embargo, la solicitud será válida si usted proporciona el(los) nombre (s), la dirección y la firma. Para ser considerado para el servicio acelerado de SNAP (Asistencia alimentaria) usted debe completar toda la Sección 8-Por favor no olvide firmar su solicitud en la página 1, Sección 3.*

**1. Si está completando esta solicitud en nombre de otra persona y usted no vive en su grupo familiar, por favor suministre su nombre abajo y su información de contacto en la Sección 7. Si usted está completando esta solicitud en nombre de otra persona y vive en su grupo familiar, por favor suministre su información en la Sección 9:**

Primer nombre	Inicial segundo nombre	Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. Información para la persona que necesita asistencia: (las personas adicionales pueden agregarse en la Sección 9)**

Marcar qué ayuda necesita esta persona:  SNAP (Asistencia alimentaria)  Asistencia cash (TANF o Refugiado)  No solicita

Si marca No solicita es optativo completar el número de Seguro Social y la información sobre ciudadanía de Estados Unidos de América.

Primer nombre	Inicial segundo nombre	Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)	Número Seguro Social	Sexo:	¿Ciudadano de EUA?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

Etnicidad: ¿Hispano o Latino?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza (marcar todo lo que corresponda) (Opcional)	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico

**Dirección de la casa:** Número y calle Apartamento/Número

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ciudad <input type="text"/>	Estado <input type="text"/>	Código postal <input type="text"/>
-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------

Condado: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>
-------------------------------	--------------------------------

¿Cuánta gente vive en esta dirección incluyéndose usted mismo?

USO OFICIAL SOLAMENTE

**3. Firma y fecha requeridos: Lea detenidamente y firme y escriba la fecha abajo.**

**Entiendo lo siguiente:**

- LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN DE LAS AUTORIDADES FEDERALES, ESTATALES O LOCALES PARA DETERMINAR SI LA INFORMACIÓN ESTÁ BASADA EN LOS HECHOS. SI CUALQUIER INFORMACIÓN ES INCORRECTA, CUPONES PARA ALIMENTOS U OTROS BENEFICIOS PODRÍAN SER REDUCIDOS O RECHAZADOS Y EL SOLICITANTE PODRÍA ESTAR SUJETO A UN PROCESO PENAL O DESCALIFICACIÓN DE CUALQUIER PROGRAMA POR HABER SUMINISTRADO LA INFORMACIÓN INCORRECTA INTENCIONALMENTE (7CFR 273.2(b)(1)(i)).
- Una persona que huye para evitar un proceso por un delito o la cárcel después de haber sido condenada por un delito o se encuentra en violación de la libertad condicional/probatoria resultante de una condena por delito no es elegible para recibir SNAP y/o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).
- Una persona condenada de acuerdo con la ley federal o estatal por un delito ocurrido después del 22 de agosto de 1996, que incluye la posesión, el uso o la distribución de una sustancia controlada, no es elegible para recibir Cupones para Alimentos y/o TANF.
- Si solicita Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) mi firma asigna y transfiere a la División de Recursos para la familia todos los derechos de sustento para los niños (acumulados, pendientes y continuados) que poseo contra el(los)padres ausente(s). Esta asignación está sujeta a 42 USC SECCIÓN 602 (a)(26), tal como fue enmendada.
- Si solicito SNAP, estoy registrando todas las personas requeridas para registrarse para trabajar y desempeñar un trabajo específico, incluyendo la cooperación con el empleo y las actividades de capacitación
- He recibido una copia del "Aviso Sobre Derechos y Responsabilidades" y entiendo toda la información incluida en este formulario.
- Para ser considerado para el servicio acelerado de SNAP, su grupo familiar debe tener menos de \$150 como ingreso bruto mensual y \$100 o menos en cash; o ser un trabajador agrícola por temporada/migratorio con \$100 o menos en cash disponible; o tener una cantidad de cash e ingreso bruto mensual combinados menor que la renta mensual del grupo familiar/la hipoteca y los gastos de servicios.

Certifico que bajo multa por perjurio, toda la información en esta solicitud, cualquier anexo e información suministrada durante el proceso de determinación de elegibilidad son completas y correctas a mi mejor saber y entender incluyendo el estatus de ciudadanía o inmigración de cada solicitante.

**Firma**

**Fecha (mm-dd-aaaa)**

Ver la próxima página





**9. Suministre la siguiente información para todas las personas que viven en la dirección familiar de la Sección 2:**

- La persona listada en la Sección 2 no necesita ser listada nuevamente.
- Si se marca No solicita, es optativo completar el número de Seguro Social y la información sobre ciudadanía de EUA.

Marque la ayuda que necesita esta persona:  SNAP (Asistencia alimentaria)  Asistencia cash (TANF o Refugiado)  No solicita

Nombre  Inicial segundo nombre  Apellido  Sufijo

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)  Número Seguro Social  Sexo:  Masculino  Femenino  Sí  No ¿Ciudadano de EUA?

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

Etnicidad: ¿Hispano o Latino?  Sí  No

Raza (marcar todo lo que corresponda) (Opcional)  Blanca  Negro o afro-americano  Asiático  Multirracial  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico

Relación con la persona que necesita asistencia listada en la Sección 2:

Marque la ayuda que necesita esta persona:  SNAP (Asistencia alimentaria)  Asistencia cash (TANF o Refugiado)  No solicita

Nombre  Inicial segundo nombre  Apellido  Sufijo

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)  Número Seguro Social  Sexo:  Masculino  Femenino  Sí  No ¿Ciudadano de EUA?

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

Etnicidad: ¿Hispano o Latino?  Sí  No

Raza (marcar todo lo que corresponda) (Opcional)  Blanca  Negro o afro-americano  Asiático  Multirracial  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico

Relación con la persona que necesita asistencia listada en la Sección 2:



Marque la ayuda que necesita esta persona:  SNAP (Asistencia alimentaria)  Asistencia cash (TANF o Refugiado)  No solicita

Nombre  Inicial segundo nombre  Apellido  Sufijo

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)  Número Seguro Social  Sexo:  Masculino  Femenino ¿Ciudadano de EUA?  Sí  No

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

Etnicidad: ¿Hispano o Latino?  Sí  No

Raza (marcar todo lo que corresponda) (Opcional)  Blanca  Negro o afro-americano  Asiático  Multirracial  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico

Relación con la persona que necesita asistencia listada en la Sección 2:

Marque la ayuda que necesita esta persona:  SNAP (Asistencia alimentaria)  Asistencia cash (TANF o Refugiado)  No solicita

Nombre  Inicial segundo nombre  Apellido  Sufijo

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)  Número Seguro Social  Sexo:  Masculino  Femenino ¿Ciudadano de EUA?  Sí  No

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

Etnicidad: ¿Hispano o Latino?  Sí  No

Raza (marcar todo lo que corresponda) (Opcional)  Blanca  Negro o afro-americano  Asiático  Multirracial  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico

Relación con la persona que necesita asistencia listada en la Sección 2:



Marque la ayuda que necesita esta persona:  SNAP (Asistencia alimentaria)  Asistencia cash (TANF o Refugiado)  No solicita

Nombre  Inicial segundo nombre  Apellido  Sufijo

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)  Número Seguro Social  Sexo:  Masculino  Femenino ¿Ciudadano de EUA?  Sí  No

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

Etnicidad: ¿Hispano o Latino?  Sí  No

Raza (marcar todo lo que corresponda) (Opcional)  Blanca  Negro o afro-americano  Asiático  Multirracial  
 Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico

Relación con la persona que necesita asistencia listada en la Sección 2:

**Si más de seis (6) personas viven en su dirección por favor suministre la información comenzando en la página 6.**

**10. ¿Cuál prefiere para su cita de entrevista para la solicitud?**  Por teléfono  En una oficina

Por favor indique si necesita los siguientes servicios de interpretación para su cita de entrevista para la solicitud:

Intérprete de idiomas

Idioma:

Intérprete para sordomudos

**11. ¿Desea recibir llamadas automáticas de nuestra agencia?**  Sí  No

(Ejemplos de llamadas que usted puede recibir son recordatorios para las citas o fechas de vencimiento de los documentos solicitados.)

**12. ¿Desea registrarse para votar?**  Sí  No Su respuesta no afectará su elegibilidad para recibir beneficios.





**AVISO RELACIONADO CON LOS DERECHOS Y  
LAS RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA DE  
ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA Y  
ASISTENCIA CASH**

**DIVISION DE RECURSOS PARA LA FAMILIA**

Formulario del Estado 54106 (R12 / 3-18) / DFR 0009CS



\*DFRNRAS02\*



**SECCIÓN 1 (continuo)**

**ESTA SECCIÓN ES PARA SNAP Y ASISTENCIA CASH.**

12. Usted tendrá que verificar determinada información que suministra en base a los requisitos de los programas que escogió. Si usted ha intentado obtener la(s) verificación(es) pero no puede hacerlo puede firmar una descarga de información y el trabajador del caso obtendrá la información. Cualquier formulario de autorización para divulgación de información que usted firme debe tener el nombre de la persona, agencia o la organización que el trabajador del caso estará contactando. Esta autorización deberá firmarse solamente si la información confidencial tiene que ser compartida para obtener verificación, como de una dependencia médica o institución financiera.
13. Determinadas personas deberán estar incluidas en la solicitud y/o tener sus ingresos, recursos, necesidades y/o gastos en consideración para la determinación de la elegibilidad de los beneficios. Por esta razón, usted deberá reportar a cada persona que vive con usted. En determinados casos, una cantidad limitada de su información personal puede ser dada a conocer a otro miembro del grupo familiar o sus representantes autorizados para poder completar los procesos de elegibilidad requeridos.
14. Se requiere que usted reporte los cambios de sus circunstancias a Division of Family Resources (División de Recursos para la Familia). Los cambios que deberá reportar incluyen su nueva dirección, si se muda, aumentos o disminución del ingreso de su grupo familiar, los recursos o cualquier cambio en las circunstancias familiares que podría afectar su elegibilidad para los beneficios. Usted debe reportar los cambios dentro de los diez (10) días de la fecha en la que tiene conocimiento del cambio. Los grupos de asistencia de SNAP deben reportar únicamente cuando su ingreso bruto mensual sobrepasa el límite del ingreso bruto mensual para el tamaño de su grupo de asistencia. El límite de los ingresos mensuales está incluido en el aviso de elegibilidad. Este cambio deberá ser reportado antes del décimo (10mo) día del mes siguiente al cambio para ser considerado dentro del límite de tiempo. Se le entregará un formulario describiendo sus requisitos para reportar.
15. Se requiere que usted suministre la información completa y correcta a su mejor saber y entender. La persona que reciba los beneficios mediante el suministro intencional de información falsa o sin haber reportado información puede ser procesada criminalmente de acuerdo con la ley estatal y federal.
16. Usted tiene derecho a recibir un aviso escrito sobre cualquier acción tomada con relación a su solicitud o los beneficios que recibe.
17. Usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito si está en desacuerdo con cualquier acción tomada con respecto a su caso, incluyendo el procesamiento tardío de su solicitud. Su caso puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona de su elección. (*Observación: Los beneficiarios de SNAP pueden hacer su solicitud para una audiencia de SNAP de manera verbal.*)
18. **Cualquier persona que huya para evitar ser procesada por un delito o prisión después de haber sido declarado culpable de un delito, o se encuentre en violación de la libertad condicional o período de prueba por haber sido condenado por un delito será inelegible para recibir los beneficios de SNAP y TANF. La información en el archivo de su caso podría hacerse pública y puesta a disposición de las autoridades a cargo del cumplimiento de la ley para permitirles arrestar a las personas que huyan para evitarla.**
19. **Cualquier persona encontrada culpable de un delito grave de acuerdo con la ley federal o estatal y este delito incluye la posesión, el uso o distribución de una sustancia controlada será inelegible para recibir beneficios. La inelegibilidad de acuerdo con esta disposición está limitada a condenas basadas en el comportamiento que ocurrió después del 22 de agosto de 1996.**
20. Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

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

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



**AVISO RELACIONADO CON LOS DERECHOS Y  
LAS RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA DE  
ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA Y  
ASISTENCIA CASH  
DIVISION DE RECURSOS PARA LA FAMILIA**  
Formulario del Estado 54106 (R12 / 3-18) / DFR 0009CS



\*DFRNRAS03\*



**SECCIÓN 2**

**ESTA SECCIÓN ES PARA SNAP ÚNICAMENTE.**

*Si usted no está solicitando SNAP, diríjase a la Sección 3.*

1. Si su grupo familiar tiene un ingreso pequeño o no tiene ingresos o incluye un trabajador agrícola migratorio por temporada, su solicitud de SNAP podría recibir un procesamiento acelerado especial. Esto significa que usted podría recibir los beneficios de SNAP dentro de los siete (7) días de la fecha de presentación de la solicitud. Para ser elegible en el procesamiento acelerado usted deberá completar todas las preguntas de la Solicitud para Asistencia. Si usted no es elegible para el procesamiento acelerado podrá solicitar una conferencia. La conferencia sera programada dentro de los dos (2) días y no reemplazará o retrasará la solicitud de una audiencia imparcial.
2. Para ser elegible en los beneficios de SNAP, las personas de dieciséis años (16) a cincuenta y nueve (59) deberán registrarse para trabajar y realizar actividades específicas. Estas actividades incluyen registrarse para trabajar, aceptar y mantener un trabajo adecuado y cooperar con IMPACT. Las personas que no cooperan con dichas reglas sin una razón justificada pueden ser descalificadas y no recibirán SNAP hasta que cooperen o por lo menos dos (2) meses para la primera violación, seis (6) meses para la segunda violación y treinta y seis (36) meses para la tercera violación. Algunas personas pueden estar exentas de estos requisitos. Comuníquese con su trabajador del caso sobre estas exenciones.
3. Si se le efectúa un sobrepago de los beneficios de SNAP y se realiza un reclamo de sobrepago contra su grupo familiar, la información de su solicitud y todos los Números de Seguro Social (SSN, en inglés) podrán ser derivados a las agencias federales y estatales y a las agencias privadas de cobro de deudas con el propósito de cobro.
4. Cada una de las personas que recibe los beneficios de SNAP deberá seguir estas reglas:
  - ⇒ NO suministrar información falsa para obtener o continuar recibiendo los beneficios de SNAP.
  - ⇒ NO intercambiar o vender los beneficios de SNAP o las tarjetas de Hoosier Works.
  - ⇒ NO alterar los documentos para recibir más beneficios de SNAP de los que tiene derecho a recibir.
  - ⇒ NO usar los beneficios de SNAP para comprar artículos que no son elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
  - ⇒ NO usar los beneficios de SNAP de otras personas o la tarjeta de Hoosier Works para su beneficio personal.

Si usted viola las reglas arriba descritas voluntariamente entonces se le podría excluir del Programa de SNAP durante doce (12) meses si es su primera violación, veinticuatro (24) meses por la segunda violación y permanentemente por la tercera violación.

**Cualquier persona que compre drogas ilegales con los beneficios de SNAP será excluida del programa durante veinticuatro (24) meses por la primera violación y permanentemente por la segunda violación.**

**Una persona será descalificada durante diez (10) años si Family and Social Services Administration o una corte federal o estatal determinara que esa persona efectuó declaraciones falsas o suministró información falsa sobre su identidad o lugar de residencia y recibió beneficios duplicados de SNAP.**

**5. Traficar se define como:**

- La compra, venta, robo o de otro modo llevar a cabo un intercambio de los beneficios de SNAP emitidos o con acceso mediante las tarjetas HoosierWorks EBT, los números de tarjeta Hoosier EBT y números de identificación personal (PINs) o mediante un recibo manual y firma para efectivo (cash) o consideración que no sea los alimentos elegibles, ya sea directa, indirectamente, en complicidad o conspiración con otros o actuando solo;
- El intercambio de armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas por los beneficios de SNAP como se define en la Sección 802 del Título 21, U.S.C.
- La compra de un producto con los beneficios de SNAP que tenga un envase que requiere un depósito por devolución con la intención de obtener cash mediante el desecho del producto y la devolución del envase por la cantidad del depósito, revendiendo intencionalmente el producto comprado con los beneficios de SNAP intercambiándolo por cash o en consideración que no sea los alimentos elegibles;
- La compra de un producto con los beneficios de SNAP con la intención de obtener cash o en consideración que no sea los alimentos elegibles mediante la reventa del producto y, subsecuentemente, vendiendo de manera intencional el producto comprado con los beneficios de SNAP intercambiándolo por cash o en consideración que no sea los alimentos elegibles;
- La compra intencional de productos originalmente comprados con los beneficios de SNAP con la intención de obtener cash o en consideración que no sea los alimentos elegibles.

**Cualquier persona condenada por el tráfico de los beneficios de SNAP de quinientos (\$500) dólares o más será excluida permanentemente de SNAP.**

**Cualquier persona condenada por intercambio de armas de fuego, municiones o explosivos por los beneficios de SNAP, sin tener en cuenta la cantidad de dólares, tendrá prohibido el uso de SNAP permanentemente.**

**Los violadores también pueden ser multados hasta doscientos cincuenta mil (\$250.000) dólares, encarcelados hasta veinte (20) años o ambos y podrían estar sujetos a procesamiento de acuerdo con las leyes federales y estatales. Además de dichas sanciones, cualquier persona condenada por un delito o violación de un delito menor de acuerdo con esta sección puede ser suspendida por la corte en cuanto a la participación en SNAP por un período adicional de hasta 18 meses consecutivos a ese período de suspensión ordenado por el Food and Nutrition Act.**



**AVISO RELACIONADO CON LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA Y ASISTENCIA CASH**  
**DIVISION DE RECURSOS PARA LA FAMILIA**  
 Formulario del Estado 54106 (R12 / 3-18) / DFR 0009CS



\*DFRNRAS04\*



**SECCIÓN 2 (continuo)**

**ESTA SECCIÓN ES PARA SNAP ÚNICAMENTE.**

6. Si usted no es parte de un grupo de asistencia con un hijo menor de dieciocho (18) años, es físicamente capaz y entre las edades de dieciocho (18) y cuarenta y nueve (49) años, usted podría recibir los beneficios de SNAP hasta no más de tres (3) meses excepto si usted:
- Trabaja por lo menos veinte (20) horas por semana como promedio cada mes; o
  - Participa en un Programa laboral aprobado por Family and Social Services Administration (FSSA) por lo menos veinte (20) horas por semana o cumple con una de las exenciones; o
  - Participa en una actividad del Community Work Experience Program (CWEP).
- Si usted ha perdido elegibilidad después de recibir SNAP durante tres (3) meses, podrá volver a obtenerla si:
- Trabaja por lo menos ochenta (80) horas en un periodo de treinta (30) días; o
  - Participa por lo menos ochenta (80) horas en un periodo de treinta (30) días en un Programa de Trabajo aprobado; o
  - Reúne una de las exenciones.
7. Para recibir una deducción para los gastos siguientes usted deberá reportar y suministrar prueba a su trabajador del caso de:
- ✓ Gastos para el cuidado del niño
  - ✓ Pagos de la renta o hipoteca
  - ✓ Gastos médicos
  - ✓ Gastos de servicios públicos u otro tipo de refugio o albergue
  - ✓ Sustento para el niño pagado a un miembro que no forme parte del grupo familia.
8. El incumplimiento de reportar o verificar cualquiera de los gastos arriba indicados será aceptado como una declaración de parte de su grupo familiar de que usted no desea recibir una deducción por el gasto no reportado.
9. Cuando un residente de una institución está solicitando conjuntamente SNAP y SSI antes de dejar la institución, la fecha de registro de la solicitud de los beneficios SNAP que la agencia del Estado debe ingresar es la fecha en que se dio de alta al solicitante de la institución.

**SECCIÓN 3**

**ESTA SECCIÓN ES PARA ASISTENCIA CASH ÚNICAMENTE.**

1. Los derechos de sustento (acumulados, pendientes y continuos) deben ser asignados al estado como una condición de elegibilidad para TANF. La asignación está sujeta a 42 U.S.C. Sección 608 (a) (3) de acuerdo a su enmienda. La asignación de los derechos de sustento constituye una obligación financiera que se le debe al estado por parte del(los) pagador/es. Usted debe estar de acuerdo con la cooperación con la aplicación del sustento que podría incluir la identificación y ubicación del(los) padre(s) no custodio(s), el establecimiento de la paternidad y la obtención de una orden de la corte para garantizar el pago del sustento mediante las cortes. El incumplimiento con la cooperación podría resultar en la terminación de la asistencia. Cualquier pago del sustento recibido después de la ejecución de la asignación deberá ser enviado a la agencia designada para el sustento del niño.
- Excepción: Usted puede reclamar una causa justificada por negarse a cooperar en el intento del Estado para cobrar el Sustento familiar si considera que la cooperación no sería en beneficio del niño. Las siguientes son circunstancias en las cuales podría determinarse que usted tiene una causa justificada:
- La cooperación es anticipada en que puede resultar en serios daños físicos o emocionales al niño;
  - La cooperación es anticipada en que puede resultar en serios daños físicos o emocionales a usted que son tan serios que reducen su capacidad para cuidar al niño adecuadamente;
  - El niño nació como consecuencia de una violación o incesto;
  - Los procesos judiciales están en marcha para la adopción del niño; o
  - Usted está trabajando con una agencia que le ayuda a decidir si debe o no entregar al niño en adopción.
- Si usted desea reclamar una causa justificada tendrá que:
- Suministrar la evidencia necesaria para determinar si tiene o no una causa justificada para negarse a cooperar. Si su razón del reclamo de una causa justificada es su temor al daño físico y es imposible obtener evidencia, Family and Social Services Administration (Administración para la Familia y los Servicios Sociales) aún podría lograr una determinación por causa justificada después de una investigación de su reclamo.
  - Suministrar la evidencia necesaria a la agencia dentro de los veinte (20) días después de reclamar una causa justificada. Se le dará más tiempo únicamente si se determina que se requiere más tiempo debido a la dificultad para obtener la evidencia.
- The Family and Social Services Administration podría:
- Decidir su reclamo basado en la evidencia que usted le suministre a la agencia; o;
  - Decidir llevar a cabo una investigación para obtener más detalles sobre su reclamo. Si se decide que se necesita más información, se le podría requerir suministrar dicha información antes de tomarse una decisión. La agencia no se comunicará con el padre ausente sin avisarle primero a usted.
- Si se encuentra que usted tiene una causa justificada por no cooperar, el Department of Child Services (Departamento de Servicios para los Niños) podría intentar establecer la paternidad o cobrar el sustento solamente si se ha tomado una determinación que esto puede hacerse sin riesgos para usted o su niño. Esto no se hará sin avisarle primero a usted.



**AVISO RELACIONADO CON LOS DERECHOS Y  
LAS RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA DE  
ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA Y  
ASISTENCIA CASH**

**DIVISION DE RECURSOS PARA LA FAMILIA**

Formulario del Estado 54106 (R12 / 3-18) / DFR 0009CS



\*DFRNRAS05\*



**SECCIÓN 3 (continuo)**

**ESTA SECCIÓN ES PARA ASISTENCIA CASH ÚNICAMENTE.**

Los siguientes son ejemplos de clase de evidencia que pueden ser usadas para la determinación de una existencia de causa justificada.

Si usted necesita ayuda para obtener una copia de cualquiera de los documentos se le ofrecerá asistencia razonable para ayudarlo a obtener los documentos necesarios para respaldar su reclamo.

- Partidas de nacimiento o registros médicos o de las autoridades de orden público que indiquen que el niño fue concebido como resultado del incesto o violación forzada;
- Documentos de la corte u otros registros que indiquen que los procesos legales para la adopción se encuentran pendientes en la corte;
- Registros de la corte, médicos, criminales, de servicios para la protección del niño, servicios sociales, psicológicos o de las autoridades de orden público que indiquen que el padre ausente podría causarle daño físico o emocional a usted o al niño;
- Registros médicos que indiquen una historia de salud emocional y el estatus actual de su salud o del niño para el que se desea el sustento o declaraciones escritas de un profesional para la salud mental indicando un diagnóstico relacionado con su salud emocional o la de su niño;
- Una declaración escrita de una agencia pública o privada confirmando que usted está siendo asistida para resolver el tema de entregar o no al niño en adopción; y
- Declaraciones escritas de personas, incluyendo amigos, vecinos, miembros del clero, asistentes sociales y profesionales médicos que podrían tener conocimiento de las circunstancias suministrando las bases de su reclamo de una causa justificada.

En el momento de la terminación de la elegibilidad de TANF, la asignación cesa con respecto al sustento actual. La asignación no terminará con respecto al dinero debido al estado y los gobiernos federales debido a la prestación de asistencia pública. Después de la terminación de la asistencia, de acuerdo con las leyes estatales y federales, si la persona legalmente obligada debe sustento actual y/ o obligaciones pendientes al beneficiario previo de TANF/receptor y al estado, el sustento actual y las obligaciones serán pagadas primero al beneficiario/ receptor previo y luego al estado, con la excepción de las compensaciones federales impositivas que se aplicarán, en primer lugar, a las cantidades a las que tenga derecho el gobierno estatal y federal. Las actividades de aplicación del sustento continuarán para usted si bien su TANF ha terminado excepto si usted le comunica, por escrito, al Child Support Bureau que estos servicios deberían ser descontinuados. Si usted cierra su caso de aplicación del Sustento para el niño ya no tendrá derecho a recibir los servicios hasta que efectúe la solicitud y pague la tarifa para la solicitud requerida.

2. Cuando usted solicite TANF deberá seguir las siguientes reglas:

- ⇒ NO hacer declaraciones falsas o engañosas.
- ⇒ NO tomar ninguna acción para esconder o retener los hechos, distorsionar su situación o suministrar documentos falsos.

Si usted viola las reglas arriba descritas se le podría excluir del Programa TANF durante seis (6) meses si es su primera violación, doce (12) meses por la segunda violación y permanentemente por la tercera violación.

3. Cualquier persona encontrada culpable en una corte por el delito menor de violación de las reglas abajo indicadas puede ser descalificada del programa TANF durante doce (12) meses por la primera y segunda violación y permanentemente por la tercera violación. Las personas encontradas culpables por haber cometido un delito de violación de las reglas pueden ser descalificadas durante diez (10) años por la primera y segunda violación y permanentemente por la tercera.

- ⇒ NO haga declaraciones falsas o engañosas.
- ⇒ NO tome ninguna acción para esconder o retener los hechos, distorsionar su situación o suministrar documentos falsos.

4. Mientras forme parte del programa TANF podrá estar disponible para usted un servicio de asistencia para el cuidado de los niños. La asistencia para el cuidado de los niños también podría estar disponible si pierde su elegibilidad TANF debido a las ganancias.

5. Mientras usted forme parte del programa TANF deberá seguir las siguientes reglas:

- Garantizar que sus hijos reciban sus vacunas de acuerdo con su edad.
- Garantizar que sus hijos en edad escolar asistan a la escuela regularmente.
- Garantizar que sus hijos sean criados en un hogar seguro.
- Usted no usará drogas ilegales ni otras sustancias que podrían interferir con su capacidad para ser autosuficiente.
- Usted cooperará con el programa IMPACT para desarrollar un plan de autosuficiencia y cumplirá con los requisitos especificados en el plan. Si no cumple o se niega a cooperar con el programa IMPACT podrían imponerse sanciones que incluyen la pérdida de los beneficios cash.
- Usted no recibirá beneficios cash adicionales para los niños nacidos después de los diez (10) meses que siguen a la fecha en que se le autorizó a recibir los beneficios TANF.
- Si usted es un padre menor de edad, residirá con un adulto que sea pariente suyo, como un padre, padrastro o abuelo o un adulto que sea su guardián legal.

6. El recibo de los beneficios cash TANF estará limitado a un total de veinticuatro (24) meses para los adultos y sesenta (60) meses para sus familias.

7. Como una condición de elegibilidad los solicitantes adultos considerados de acuerdo con el mandato del programa de IMPACT serán referidos a IMPACT para completar un programa de búsqueda de trabajo. El incumplimiento para completar el programa de búsqueda de trabajo sin una causa justificada es un factor para rechazar la solicitud de TANF.

8. De acuerdo con la ley de Indiana (IC12-13-14-4.5) es un delito menor de Clase C para los beneficiarios de TANF que usen sus beneficios de la tarjeta electrónica HoosierWorks Card (EBT) para acceder a los beneficios TANF en las tiendas de bebidas alcohólicas o licorerías, establecimientos de juego, establecimientos de apuestas en carreras de caballos, tiendas de venta de armas y establecimientos para el entretenimiento de adultos. Una persona condenada por un delito menor de Clase C puede ser encarcelada hasta sesenta (60) días y multada hasta quinientos (\$500) dólares.