



New York State

## **Libro 1**

# **Lo Que Usted Debe Saber Sobre Sus Derechos y Responsabilidades Al Solicitar o Recibir Beneficios**

Si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave y necesita una solicitud o estas instrucciones en un formato alternativo, lo puede solicitar de su distrito de servicios sociales. Los siguientes formatos alternos están disponibles:

- Letra impresa grande;



- Formato de datos (archivo electrónico accesible por lector de pantalla);
- Formato en audio (una transcripción en audio de las instrucciones o preguntas sobre la solicitud); y
- En Braille, si usted determina que ninguno de los otros formatos alternos le serán de igual utilidad a usted.

Las solicitudes y las instrucciones también las puede descargar en letra grande, formato de datos y formato audio en [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) o [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov). Tenga en cuenta que las solicitudes se pueden obtener en formato audio y Braille exclusivamente para propósitos informativos. Si desea hacer una solicitud, usted debe someter una solicitud por escrito, en un formato no alternativo. Si usted necesita otra modificación, favor de comunicarse con su distrito de servicios sociales.

Vea también

### **LIBRO 2 (LDSS-4148B-SP)**

«Lo Que Usted Debe Saber Sobre los Programas de Servicios Sociales»

y

### **LIBRO 3 (LDSS-4148C-SP)**

«Lo Que Usted Debe Saber Si Tiene una Emergencia»

# **TABLA DE CONTENIDOS**

## **INTRODUCCIÓN**

PÁGINA 2

## **SUS DERECHOS**

1. Derecho a solicitar beneficios

PÁGINA 3

2. Derecho a no ser discriminado

PÁGINA 4

3. Derecho a la privacidad personal

PÁGINA 5

4. Derecho a examinar sus expedientes

PÁGINA 7

5. Conferencia y Audiencia Imparcial

PÁGINA 7

6. Derechos de empleo

PÁGINA 11

7. Derechos de los niños y los padres cuando la paternidad se establece en un tribunal

PÁGINA 12

8. Derechos relacionados con la paternidad y acciones legales para el sustento de menores y representación  
PÁGINA 12
9. Derechos relacionados con el cuidado de niños  
PÁGINA 13
10. Derechos con respecto a los pagos traspasados de Sustento de Menores y pagos de sustento en exceso - Asistencia Temporal  
PÁGINA 14
11. Derecho a solicitar pagos restringidos de Asistencia Temporal  
PÁGINA 15
12. Sus derechos si está bajo sospecha de fraude  
PÁGINA 15
13. Su derecho a inscribirse para votar  
PÁGINA 15
14. Sus derechos con relación a los servicios de proveedores con creencias religiosas  
PÁGINA 16

## **SUS RESPONSABILIDADES**

1. Responsabilidades generales  
PÁGINA 16

2. Responsabilidad de proporcionar información veraz y precisa  
PÁGINA 16
3. Responsabilidad de proporcionar pruebas  
PÁGINA 18
4. Responsabilidad de inscribirse en el Sistema Automatizado de Impresión de Huellas Digitales (AFIS)  
PÁGINA 23
5. Responsabilidad de informar cambios  
PÁGINA 23
6. Responsabilidad en cuanto a su Tarjeta de Identificación Común de Beneficios  
PÁGINA 26
7. Responsabilidad sobre el acceso a sus Beneficios de Cupones para Alimentos  
PÁGINA 27
8. Responsabilidad de devolver los pagos en exceso de beneficios  
PÁGINA 27
9. Responsabilidades relacionadas con el empleo  
PÁGINA 28
10. Responsabilidades relacionadas con el cuidado de niños  
PÁGINA 30

11. Responsabilidades relacionadas con Sustento de Menores y Pensión Conyugal  
PÁGINA 31
12. Responsabilidad de someterse a una prueba para detectar el uso de alcohol y drogas - Asistencia Temporal  
PÁGINA 34
13. Responsabilidad de participar en un programa de rehabilitación por abuso de sustancias - Asistencia Médica  
PÁGINA 34
14. Responsabilidades relacionadas con el uso de proveedores de Asistencia Médica  
PÁGINA 34
15. Responsabilidades de recertificación  
PÁGINA 35
16. Responsabilidades de un padre o una madre menor de edad que solicita o recibe Asistencia Temporal  
PÁGINA 35
17. Sus responsabilidades relacionadas con la vivienda temporal si usted no tiene un hogar  
PÁGINA 36
18. Su responsabilidad de solicitar Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)  
PÁGINA 36

## **TOME NOTA:**

**Este libro le informa sobre muchos de sus derechos y responsabilidades al solicitar u obtener beneficios sociales o cuidados.**

**Tiene por objeto brindarle un panorama general de los derechos y responsabilidades contenidos en las leyes, normas y reglamentación federal y estatal.**

**Solicite a su trabajador(a) de casos más información si tiene preguntas específicas.**

Pagina Original 2

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

## **INTRODUCCIÓN**

Este libro (**LDSS-4148A-SP**: «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades») es uno de los tres que responden a la mayoría de sus preguntas sobre la ayuda que podemos darle. Este libro le informa cuáles son sus derechos y responsabilidades al solicitar y recibir beneficios.

El segundo libro (**LDSS-4148B-SP**: «Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales») brinda información específica sobre cada programa, y el tercer libro (**LDSS-4148C-SP**: «Lo que usted debe saber en

caso de una emergencia») le dice qué hacer en caso de emergencia.

En esos tres libros llamamos a los programas de asistencia pública “Asistencia Temporal”. (El nombre oficial es «Asistencia para Familias» [Family Assistance] y «Asistencia Red de Seguridad» [Safety Net Assistance]). La razón por la que usamos la palabra «temporal» es para que quede claro que los programas tienen el propósito de ayudarlo hasta que usted pueda mantenerse a sí mismo y pueda mantener a su familia.

En estos libros también encontrará información sobre Asistencia Médica. Asistencia Médica incluye la cobertura para niños conocida como «Child Health Plus A», la cobertura de Medicaid para adultos, el programa de salud familiar conocido como «Family Health Plus», el Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores con Incapacidades, el Programa de Ahorros de Medicare y el Programa de Beneficios de Planificación Familiar.

**En estos libros también encontrará información sobre Servicios. Los Servicios incluyen otros beneficios como cuidado de niños, cuidado de crianza, bienestar infantil, adopción y otros.**



## **SUS DERECHOS**

### **1. DERECHO A SOLICITAR LOS BENEFICIOS**

Usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre los programas y la asistencia disponibles.
- Recibir información sobre lo que debe hacer para recibir los beneficios de estos programas.
- Solicitar estos programas.
- Recibir una solicitud cuando la pida.
- Presentar la solicitud el mismo día que la recibe (pertinente a beneficios de Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos).

**NOTA:** la solicitud para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos deberá aceptarse si usted completó por lo menos su nombre, el domicilio (si tiene uno) y firmó la solicitud. Esto es importante porque el monto de sus Beneficios de Cupones para Alimentos se calcula a partir del día en que usted entrega su solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos. Usted podrá obtener más

Beneficios de Cupones para Alimentos si presenta la solicitud el mismo día en que la recibe. Tenga en cuenta, sin embargo, que tendrá que completar el resto de la solicitud para saber si reúne los requisitos para recibir el beneficio de los Cupones para Alimentos.

- Enviar su solicitud por correo si está solicitando únicamente servicios de cuidado de niños.
- Tener una entrevista.
  - Para Asistencia Médica (Medicaid/Child Health Plus A / Family Health Plus/Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores con Incapacidades / Programa de Ahorros de Medicare / Programa de Beneficios de Planificación Familiar) no hay un plazo específico para que se realice la entrevista con usted o con su representante. Sin embargo, para que se determine si usted reúne los requisitos deberá ser entrevistado.
  - Para recibir Asistencia Temporal, esta entrevista deberá realizarse dentro de los siete días hábiles
  - Para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos, la entrevista se deberá programar con tiempo suficiente para garantizar que la

determinación de habilitación y la emisión de los beneficios se lleve a cabo dentro de los 30 días a partir de la fecha de presentación de la solicitud.

- Con relación a Beneficios de Cupones para Alimentos, usted tiene derecho a solicitar que no se realice la entrevista en la oficina del departamento de servicios sociales si atraviesa una situación de dificultad extrema. Dificultad extrema incluye, sin carácter limitativo: enfermedad, dificultades de transporte, cuidado de un integrante del hogar, dificultades por residir en área rural, prolongadas condiciones climáticas adversas, horario de trabajo o de capacitación laboral que le impide concurrir en el horario normal de oficina. No es necesaria la entrevista en la oficina, si usted así lo solicita, cuando todos los integrantes adultos del hogar son personas mayores o incapacitadas que no reciben ingresos devengados. Es posible que la agencia renuncie al derecho de realizar una entrevista en la oficina y acepte una entrevista telefónica o una visita a su hogar. La entrevista personal se puede programar con anticipación en cualquier lugar que sea conveniente para la agencia y para usted, incluyendo un domicilio particular.

Si el solicitante está imposibilitado de concurrir a la entrevista, puede autorizar por escrito a un representante que no sea un integrante del hogar, para que asista a la entrevista en representación del hogar. El representante puede ser un amigo, un familiar o cualquier otra persona que el solicitante elija. La persona deberá tener la documentación necesaria y tendrá que estar en condiciones de proporcionar la información necesaria al departamento local de servicios sociales (LDSS, por sus siglas en inglés) para que éste pueda determinar si es apto. La elección de un representante autorizado es una opción del hogar. Si el solicitante desea que otra persona se desempeñe como un representante autorizado, tanto el solicitante como el representante autorizado deberán firmar la solicitud.

Cuando se presente una solicitud para pedir Asistencia Médica solamente, la solicitud deberá estar completa y tener la firma de la persona que el solicitante autoriza para que lo represente en el trámite de solicitud de beneficios. Este

representante podrá concurrir a la entrevista en representación del solicitante.

**NOTA:** si usted está solicitando Asistencia Temporal y nos comunica hoy que tiene una emergencia, deberemos entrevistarle hoy con relación a su emergencia. También deberemos comunicarle hoy, por escrito, nuestra decisión con respecto a la emergencia. Si usted está solicitando Beneficios de Cupones para Alimentos y habilita para el procedimiento acelerado, su entrevista y la notificación de nuestra decisión se realizarán dentro de los cinco días, como máximo, a partir de la fecha en que presentó su solicitud.

Pagina Original 4

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

- Presentarse a la entrevista acompañado de un intérprete. Si necesita un intérprete, la agencia le proporcionará uno. No se le puede negar el acceso a los servicios por el hecho de que usted no maneje el idioma inglés con fluidez. Los solicitantes o beneficiarios con problemas de audición o habla

- pueden utilizar sistemas de transmisión TTY/TTD para tener acceso a los servicios.
- Si tiene una incapacidad, tener el mismo acceso a los programas de servicio social que las personas que no están incapacitadas.
  - Que se le informe dentro de los 30 días a partir de la fecha en que presenta la solicitud si su pedido de Asistencia para Familias y Cupones para Alimentos ha sido autorizado o rechazado. También tiene derecho a que se le informe, dentro de los 45 días a partir de la fecha en que presenta la solicitud para **Asistencia Red de Seguridad**, si ésta ha sido aprobada o rechazada.
  - Que se tome una decisión, ya sea para aprobar o rechazar su solicitud de Servicios, dentro de los 30 días a partir de la fecha en que presenta la solicitud, como también a que se le notifique la decisión por escrito dentro de los 15 días de haberse tomado dicha decisión. Sin embargo, la decisión de aprobar o rechazar los servicios de protección para adultos se debe tomar en el momento en que se realice la evaluación de un plan de servicios de protección para adultos.
  - Recibir una notificación en la que se le informe si reúne los requisitos para Asistencia Médica o si se

rechazará su solicitud, una vez que esté completo el trámite de la solicitud de Asistencia Médica y realice la entrevista. El plazo para recibir la notificación varía:

- Las mujeres embarazadas y los niños pequeños deben ser notificados dentro de los 30 días de la fecha de presentación de la solicitud;
  - Si la incapacidad de la persona se toma en cuenta como uno de los requisitos a cumplir, la persona deberá ser notificada dentro de los 90 días de la fecha de presentación de la solicitud; y
  - Todas las demás personas deberán ser notificadas dentro de los 45 días de la fecha de presentación de la solicitud.
- Recibir una notificación por escrito en la que se le informe si su solicitud ha sido aprobada o rechazada.
    - Si se aprueba la solicitud, la notificación le informará cuáles son los beneficios que recibirá.
    - Si se rechaza la solicitud, la notificación le informará las causas. También se le informará lo que usted debe hacer si no está de acuerdo con la decisión o no la entiende.

**NOTA:** si se aprueba su solicitud de Asistencia Temporal y usted es una persona adulta sin hijos, la categoría de Asistencia Temporal generalmente será Asistencia Red de Seguridad. Algunas familias con hijos recibirán Asistencia Red de Seguridad.

Las personas con casos de Asistencia Red de Seguridad no recibirán Asistencia Temporal continua durante ningún período antes de los 45 días a partir de la fecha de presentación de la solicitud. Es posible que las personas en la categoría Asistencia Red de Seguridad reciban ayuda en casos de emergencia durante ese período de 45 días durante el cual no pueden recibir beneficios continuos. (Consulte el libro LDSS-4148C-SP: «Lo que usted debe saber en caso de una emergencia»).

No es necesario que las personas de la categoría Asistencia Red de Seguridad que tengan derecho a recibir Beneficios de Cupones para Alimentos esperen más que los demás solicitantes para recibir los beneficios.

## **2. DERECHO A NO SER DISCRIMINADO**

Es ilegal que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva



York (OTDA, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York o el departamento local de servicios sociales discrimine en base a raza, religión, antecedentes étnicos, estado civil, incapacidad, sexo, nacionalidad de origen, ideas políticas o edad.

Si usted cree que ha sido objeto de discriminación en un programa de **Asistencia Temporal, que incluye Asistencia para Familias y Asistencia Red de Seguridad**, o que su caso ha sido atendido inadecuadamente debido a algún tipo de discriminación, podrá presentar una queja por teléfono o por escrito en la siguiente oficina:

**Bureau of Equal Opportunity Development  
(BEOD)**

**New York State Office of Temporary and Disability  
Assistance**

**40 North Pearl Street 16D**

**Albany, New York 12243-0001**

**(518) 473-8555**

La Oficina del Consejo de Desarrollo de Igualdad de Oportunidades (BEOD, por sus siglas en inglés) remitirá la queja al departamento local de servicios

sociales para su investigación y enviará al reclamante una copia de la carta de elevación. Cuando OTDA remita una queja al departamento local de servicios sociales, dentro de los 20 días de la presentación de dicho pedido se deberá presentar un informe que cubra ampliamente todos los aspectos relacionados con la queja, según lo estipulado por la disposición 18 NYCRR Parte 356.3(e.). Si no se puede cumplir con el plazo, se deberá enviar un informe provisorio. OTDA podrá enviar su opinión al departamento local de servicios sociales con relación a todo asunto incluido en el informe y relacionado

Pagina Original 5

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

con la queja, y podrá llevar a cabo una revisión adicional de la queja, en consulta con el departamento local de servicios sociales si lo considera necesario.

Si cree que ha sufrido discriminación en el programa de **Beneficios de Cupones para Alimentos**, también puede presentar una queja por escrito dirigida a:

## **USDA**

**Director, Office of Civil Rights  
Room 326-W, Whitten Building  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410  
(Voz y TDD: (202) 720-5964)**

Investigaremos su queja por discriminación y le informaremos por escrito de los resultados.

Si piensa que ha sufrido discriminación por causa de alguna incapacidad, también puede presentar una queja por escrito a:

**Disability Rights Section  
P.O. Box 66738  
Washington, D. C. 20035-6738**

o

**Director  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 506-F  
Washington, D.C. 20201**

o

**llame a la Oficina de Derechos Civiles al  
1-800-368-1019 (voz) ó 1-800-537-7697(TDD)**

Se investigará su queja por discriminación y se le informará de los resultados en forma escrita.

Si considera que ha sufrido algún tipo de discriminación en el programa de **Asistencia Médica**, puede llamar o escribir a una de las oficinas regionales de la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York que aparecen en las páginas del Gobierno del directorio telefónico.

Si cree que ha sufrido discriminación en el programa de **Asistencia Temporal, Beneficios de Cupones para Alimentos** y los programas de empleo relacionados con estos beneficios, **Asistencia Médica, Servicios o Cuidado de Niños**, puede comunicarse con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York en Albany.

También puede llamar o escribir a una de las oficinas regionales de la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York que aparecen en las páginas del Gobierno del directorio telefónico. Algunas ciudades y condados del Estado de Nueva York también tienen comisiones de derechos humanos que investigan las quejas por discriminación. Busque un listado en el directorio telefónico.

### **3. DERECHO A LA PRIVACIDAD PERSONAL**

La Ley de Protección de la Privacidad Personal del Estado de Nueva York y la Ley Federal de Privacidad exigen que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York, la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York le informen para qué utilizan la información sobre usted y su familia, incluyendo los números de Seguro Social, que usted proporciona al Estado (o en algunos casos, al departamento local de servicios sociales). Encontrará la declaración de la Ley de Privacidad en su solicitud.

Esa información, incluyendo su número de Seguro Social, se utilizará para saber qué programas lo pueden ayudar, cuánto dinero puede recibir y qué otro tipo de ayuda le corresponde. A continuación, le informamos sobre otros usos de esta información:

- En algunos casos, a petición de agentes de orden público, el departamento local de servicios sociales deberá proporcionar información sobre el domicilio de un beneficiario de Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos.

- En algunos casos, la información que usted proporciona se utiliza para formar equipos de miembros de jurado.
- En algunos casos, la información se comparte con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés), dependencia del Departamento de Seguridad Interior. **Nota:** el programa de Asistencia Médica no suministrará a la USCIS la información que usted brinde relacionada con su situación inmigratoria o de ciudadanía.
- La información se utiliza para tramitar el cobro de Sustento de Menores.

Pagina Original 6

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

- La información se comparte con otros estados y agencias que proporcionan asistencia similar, para evitar la duplicación de los servicios y el fraude.

Toda vez que se le solicite información, usted tendrá la obligación de proporcionarla para que se pueda determinar si usted reúne los requisitos para recibir dinero u otro tipo de ayuda. Las partes de la ley que obligan a la Oficina de Asistencia Temporal y

Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York, al Departamento de Salud del Estado de Nueva York y a los departamentos locales de servicios sociales a obtener información sobre usted y verificar esa información, son los artículos 21, 132, 134-a y 366-a de la Ley de Servicios Sociales, y el artículo 1137 de la Ley Federal de Seguro Social.

Para asegurarnos de que esté recibiendo el dinero o el tipo de ayuda que usted y su familia tienen derecho legal a recibir, es posible que se solicite a otras personas que confirmen la información que usted proporcionó o que proporcionen información adicional. Por ejemplo:

- Para saber si usted está trabajando o estuvo trabajando, y en ese caso, cuánto dinero ganaba, su nombre y número de seguro social, se enviarán al Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York así como también a otros empleadores anteriores. En algunos casos, su nombre y número de seguro social serán enviados a las agencias del gobierno de otros estados para averiguar si usted trabajó u obtuvo dinero u otro tipo de ayuda en esos estados.

**NOTA:** si usted está solicitando o recibiendo Asistencia Temporal o Asistencia Médica, es posible que compartamos los números de seguro social de sus hijos con el padre o la madre que no tiene la custodia para que ellos a su vez inscriban a los niños en su plan de seguro médico y, de ser necesario, para iniciar el trámite para exigir el pago de Sustento de Menores. Si usted solicita solamente Asistencia Médica, es posible que procuremos exigir cobertura médica del padre que no tiene la custodia.

- Consultamos a la División de Seguro de Desempleo del Estado de Nueva York y otras oficinas similares de otros estados, para saber si usted está recibiendo o recibió beneficios del seguro de desempleo.
- Es posible que consultemos con los bancos para saber si usted tiene cuenta(s) bancaria(s) o para que confirmen si usted tiene una cuenta y cuál es el saldo.
- Es posible que consultemos en las escuelas para saber si sus hijos concurren a clase.



- También es posible que preguntemos al Departamento de Vehículos Motorizados del Estado de Nueva York si usted tiene un automóvil.
- Se pedirá a la Administración del Seguro Social que informe sobre sus empleos y los posibles beneficios de pensión o incapacidad que pueda recibir.
- Se pedirán datos a los Departamentos de Defensa y de Asuntos de Veteranos para saber si usted reúne los requisitos para recibir o está recibiendo beneficios de compensación y/o pensión.
- Si usted solicita o recibe beneficios de Asistencia Temporal, se podrán pedir datos sobre impuestos federales (1099) al Servicio de Impuestos Internos para poder determinar sus ingresos o recursos.

Los derechos a la privacidad personal también corresponden a todos los solicitantes y beneficiarios de Asistencia Médica y Servicios.

Toda información que usted proporcione en una solicitud de Asistencia Médica se mantendrá con carácter confidencial. Solamente tendrá acceso a la información el personal de las organizaciones que colaboran para que usted pueda obtener los beneficios, el personal de las agencias locales y del

Estado, y los planes de salud que tienen que conocer esta información para poder determinar si usted (el solicitante) y los integrantes de su hogar son reúnen los requisitos de los programas. La persona que colabora con usted para completar la solicitud no podrá comentar la información con ninguna otra persona, excepto con un supervisor o con las agencias locales o del estado, o con los planes de salud que necesiten esta información.

Usted puede usar una dirección postal confidencial si no quiere que la información relacionada con su habilitación para el Programa de Beneficios de Planificación Familiar (FPBP, por sus siglas en inglés) llegue a su domicilio habitual. Si usted desea que su información sobre planificación familiar se mantenga confidencial y no esté disponible para su proveedor de seguro de salud, deberá informar a su trabajador(a) de casos.

Además de utilizar la información que usted nos proporciona de esta forma, la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (OTDA) también utiliza la información para la planificación y administración de programas y para asegurarse de que el departamento local de servicios sociales esté

realizando la mejor tarea posible (**“control de calidad”**). Esta información se conserva en la oficina del Deputy Commissioner, Division of Information Technology (DoIT), Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, N. Y. 12243-0001

La Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (OTDA) también realiza estudios para saber si los programas de ayuda para beneficiarios de Asistencia Temporal son eficaces y si ayudan a los solicitantes y beneficiarios a conseguir y conservar el empleo. Esta investigación es muy importante. Nos ayuda a mejorar los servicios

Pagina Original 7

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

brindados a miles de beneficiarios de Asistencia Temporal como usted.

Para llevar a cabo la investigación es necesario recopilar información sobre los salarios que recibe una muestra de solicitantes y beneficiarios de Asistencia Temporal durante un período de hasta 10 años utilizando el Sistema de Información de Salarios

del Estado. Esta información sobre salarios se utiliza únicamente con los fines de la investigación. **No afectará en ninguna forma su habilitación para obtener Asistencia Temporal.** Toda información pertinente a salarios se mantiene estrictamente confidencial. Sólo el personal que realiza la investigación puede consultar la información sobre salarios; dicho personal no tendrá acceso a los nombres de los solicitantes o participantes. Si usted participa en la investigación, su nombre no figurará en ningún informe ni se dará a conocer ninguna información sobre su salario. Si usted no está de acuerdo en que usemos la información sobre su salario, puede solicitar su exclusión del estudio enviando su pedido por escrito a la siguiente dirección:

**New York State Office of Temporary and Disability Assistance**

**Office of Program Evaluation**

**40 North Pearl Street**

**Albany, New York 12243**

#### **4. DERECHO A EXAMINAR SUS EXPEDIENTES**

Una vez que solicite ayuda monetaria o de otro tipo, se abrirán **dos** tipos de expedientes en relación con

su caso. Generalmente, usted tiene derecho a examinar esos expedientes.

Es posible que **no** se le permita examinar todo el expediente. Por ejemplo: es posible que no se le permita examinar la totalidad o una parte de su expediente de sustento de menores, adopción, cuidado de crianza, servicios de protección infantil y prevención. Su trabajador(a) de casos le puede explicar las reglas.

**EXPEDIENTE DEL CASO** - El **primer** tipo de expediente se denomina **expediente del caso**; contiene toda la documentación de su caso **y** se conserva en el departamento local de servicios sociales. Ese expediente generalmente contiene su solicitud, copias de los certificados de nacimiento, talones de cheques de pago, anotaciones hechas por el trabajador(a) de casos durante las entrevistas y toda otra información sobre su caso.

Normalmente, usted tiene derecho a examinar el expediente del caso durante el horario normal de atención de la oficina. Sin embargo, deberá pedirlo con anticipación a su departamento local de servicios sociales. Puede solicitar copias de los documentos que se encuentran en su expediente, pero es posible

que tenga que pagar por las copias. Si los documentos se utilizarán o se necesitarán para una Audiencia Imparcial, recibirá las copias en forma gratuita.

**REGISTROS ELECTRÓNICOS** –El **segundo** tipo de registros se conserva en los sistemas computarizados de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York, del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH, por sus siglas en inglés) o de la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (OCFS, por sus siglas en inglés). La información sobre su caso ingresa en estos sistemas electrónicos del Estado a través del departamento local de servicios sociales y/o de las agencias autorizadas voluntarias que brindan servicios a usted y a su familia. En la mayoría de los casos, usted también tendrá derecho a examinar los expedientes electrónicos que conserva el Estado. En general, usted debe dirigir su pregunta al departamento local de servicios sociales en el que presentó su solicitud o que le brinda los servicios a usted o a su familia. Consulte con su trabajador(a) de casos para saber dónde debe dirigir su pedido.

Si desea copias de su información protegida de salud de Medicaid, deberá enviar una solicitud por escrito a:

**Claim Detail Unit  
NYS Department of Health  
Office of Medicaid Management  
99 Washington Ave  
7th floor, Suite 729  
Albany, NY 12210**

Cuando escriba para solicitar copias de sus expedientes computarizados, la Ley de Protección de la Privacidad dispone que, dentro de cinco días hábiles a partir de la fecha que se recibe su carta, las agencias del Estado de Nueva York:

- Deberán enviarle sus expedientes, ○
- deberán informarle por qué no le pueden entregar sus expedientes, ○
- deberán informarle que recibieron su solicitud y que tomarán una determinación para saber si se lo autoriza o no a recibir sus expedientes.

## **5. CONFERENCIA y AUDIENCIA IMPARCIAL**

Si usted piensa que la decisión tomada con relación a su caso está equivocada o no comprende una decisión, comuníquese enseguida con su

trabajador(a) de casos. Si usted sigue estando en desacuerdo o sin comprender, tiene derecho a una **Conferencia** y a una **Audiencia Imparcial**.

Pagina Original 8

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

**CONFERENCIA** - Una conferencia es una reunión entre usted y otra persona; dicha persona no es la que tomó la decisión de su caso. En la Conferencia, esa persona revisará la decisión tomada. Algunas veces, la Conferencia es la forma más rápida de solucionar los problemas que usted tenga. Le recomendamos que solicite una conferencia, **aunque ya haya solicitado una Audiencia Imparcial**. Sin embargo, la conferencia es una instancia voluntaria y usted podrá solicitar una audiencia imparcial aunque no solicite una conferencia. Para solicitar una conferencia, llame por teléfono o escriba a su departamento local de servicios sociales.

**UNA CONFERENCIA NO ES UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**. Si le informan que su caso se cerrará o que el dinero u otra ayuda que recibe será menor y el problema no se resuelve en la Conferencia, deberá solicitar una **Audiencia Imparcial** para que no se



interrumpen o reduzcan los beneficios o el dinero que recibe.

**NOTA:** un pedido de Conferencia no es un pedido de Audiencia Imparcial. Si desea una Audiencia Imparcial, deberá solicitarla.

**Audiencia Imparcial** - Una Audiencia Imparcial es una oportunidad que usted tiene para informar a un Juez de Derecho Administrativo de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York las razones por las que usted piensa que la decisión sobre su caso es errónea. El Estado tomará una determinación e informará por escrito si la decisión del departamento local de servicios sociales era correcta o equivocada. La decisión por escrito podrá disponer que el departamento local de servicios sociales corrija su caso.

### **Algunas razones por las cuales usted puede solicitar una Audiencia Imparcial**

- Usted aceptó retirar su solicitud pero cree que le dieron información incorrecta o incompleta sobre los requisitos que debe cumplir para participar en un programa o servicio.

- Se ha rechazado su solicitud de Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Beneficios de Cupones para Alimentos, Cuidado de Niños o Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP, por sus siglas en inglés) y usted no está de acuerdo con la decisión.
- Usted ha solicitado Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Servicios o Asistencia HEAP y ya han transcurrido más de 30 días. Todavía no le han informado si han aprobado o rechazado su solicitud. Para algunos adultos que solicitan Asistencia Temporal, la decisión puede tardar más de 45 días.
- Usted considera que los beneficios que recibe de los programas de Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Servicios, Cuidado de Niños o HEAP son inadecuados.
- Usted ha solicitado Asistencia Médica y no ha recibido una notificación en la que se le informe si su solicitud ha sido aprobada o rechazada.
  - Si usted está embarazada o solicita el beneficio para un menor, deberá recibir la notificación dentro de los 30 días.

- Si solicita el beneficio y es una persona incapacitada, la determinación de habilitación puede demorar 90 días.
- Todos los demás casos se notifican dentro de los 45 días.
- Se le notifica que usted está en condiciones de trabajar o participar en una actividad laboral (es decir, que puede tener un empleo) y usted no está de acuerdo.
- Usted cree que el monto de sus Beneficios de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos o Cuidado de Niños es incorrecto.
- Usted está recibiendo beneficios de Asistencia Médica o Cuidado de Niños pero debe pagar parte del costo. Usted cree que la parte que paga es muy alta.
- Asistencia Médica está pagando por un servicio y le informan que ese servicio se va a reducir o interrumpir. Usted no está de acuerdo con esa decisión.
- Ha solicitado el programa de Cuidados de Salud a Domicilio y se lo han negado. Usted no está de acuerdo con esa decisión.

- Le han informado que, debido a su abuso de Asistencia Médica, deberá recibir atención médica de un solo proveedor principal (Programa de Beneficios Restringidos). Usted no está de acuerdo con esa decisión. **(Consulte en la Sección 14: “Sus responsabilidades - Responsabilidades relacionadas con el uso de proveedores de Asistencia Médica”)**.
- Usted está recibiendo beneficios de Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones para Alimentos, Servicios o Cuidado de Niños y le han dicho que su caso se está por cerrar. Usted no está de acuerdo con esa decisión.
- Usted ha solicitado que le reintegren los beneficios en efectivo de la Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) que se le han interrumpido pero no se los han devuelto.
- Usted ha solicitado un ajuste (corrección) de su cuenta de Beneficios de Cupones para Alimentos EBT y le han negado su pedido.
- Su cuenta de Beneficios de Cupones para Alimentos EBT se redujo para corregir un error del sistema EBT y usted no está de acuerdo con esa medida.

- Su departamento local de servicios sociales utiliza parte de su beneficio de Asistencia Temporal para pagar directamente sus cuentas de calefacción, alquiler, servicios públicos (pagos restringidos). Usted no está de acuerdo con esa decisión.

Pagina Original 9

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

- Usted solicita más asistencia o servicios debido a una necesidad especial y le dicen que no puede recibirlos. Usted no está de acuerdo con esa decisión.
- Usted está recibiendo beneficios de Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos, Servicios o beneficios de Cuidado de Niños mensualmente y le han dicho que reducirán esos beneficios. Usted no está de acuerdo con esa decisión.
- Le han informado que recibió un pago excesivo de servicios de Cuidado de Niños, Asistencia Temporal o Beneficios de Cupones para Alimentos y que deberá reintegrar el pago excesivo. No está de acuerdo con que hubo un pago excesivo o no está de acuerdo con el monto del pago excesivo.

En una Audiencia Imparcial tendrá la oportunidad de explicar por qué piensa que la decisión es incorrecta.

**LÍMITE DE TIEMPO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL** - Si desea solicitar una Audiencia Imparcial para Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Beneficios de Cupones para Alimentos, Servicios o Cuidado de Niños, llame **inmediatamente** porque hay **un plazo para realizar el pedido**. Si espera demasiado, es posible que no obtenga una Audiencia Imparcial.

**NOTA:** si su situación es muy grave, la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (OTDA) le fijará una Audiencia Imparcial lo antes posible. Cuando llame o escriba para pedir una Audiencia Imparcial, explique que su situación es muy grave.

**Si recibe una notificación sobre su caso** y desea solicitar una Audiencia Imparcial, la notificación le indicará cuánto tiempo tiene para solicitar una Audiencia Imparcial. **Lea con atención toda la notificación.**

Si su notificación le indica que le han denegado los beneficios de **Asistencia Temporal, Asistencia**

**Médica, Servicios o Cuidado de Niños**, o que esos beneficios serán interrumpidos o reducidos, puede solicitar una Audiencia Imparcial dentro de los **60** días de la fecha de la notificación.

Si su notificación le indica que le han denegado los **Beneficios de Cupones para Alimentos**, o que esos beneficios serán suspendidos o reducidos, puede solicitar una Audiencia Imparcial dentro de los **90** días de la fecha de la notificación. Puede solicitar una Audiencia Imparcial, en cualquier momento dentro del período de certificación, si piensa que no está recibiendo suficientes Beneficios de Cupones para Alimentos.

**Si no recibe una notificación sobre su caso** y le están denegando, interrumpiendo o reduciendo el monto del dinero o ayuda que recibe, también podrá solicitar una Audiencia Imparcial.

## **CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Si recibe una notificación sobre su caso** y desea solicitar una Audiencia Imparcial, la notificación le indicará cómo tiene que hacer. **Lea con atención toda la notificación.**

Si usted recibe una notificación informándole que interrumpirán o disminuirán el monto de dinero u otra ayuda que usted recibe y usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la **fecha de vigencia** que aparece en su notificación, en la mayoría de los casos continuará recibiendo el mismo monto de beneficios (“**asistencia ininterrumpida**”) hasta que se tome la decisión en la Audiencia Imparcial. Si la notificación no fue enviada antes de la fecha de vigencia y usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de los **10** días de la **fecha de envío por correo** de la notificación, también tendrá derecho a continuar recibiendo el mismo monto de dinero u otra ayuda (“**asistencia ininterrumpida**”) hasta que se tome la decisión en la Audiencia Imparcial.

Sin embargo, si recibe “**asistencia ininterrumpida**” y en la Audiencia Imparcial no se toma una decisión favorable para su caso, usted tendrá que devolver los beneficios de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Asistencia Médica y/o Cuidado de Niños que haya recibido como “asistencia ininterrumpida” mientras esperaba la decisión de la Audiencia Imparcial.



Si usted **no** desea que el monto de dinero u otra ayuda que estaba recibiendo se mantenga sin modificaciones mientras espera la decisión de la Audiencia Imparcial, deberá informárselo a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York cuando llame o escriba para solicitar una Audiencia Imparcial.

**Si no recibe una notificación sobre su caso** y le van a suspender o reducir el monto de dinero u otra ayuda, igualmente puede solicitar una Audiencia Imparcial. Al mismo tiempo que solicita una Audiencia Imparcial, puede solicitar que sus beneficios de dinero en efectivo u otro tipo de ayuda (“**asistencia ininterrumpida**”) se mantengan sin cambios.

Sin embargo, si recibe “**asistencia ininterrumpida**” y en la Audiencia Imparcial no se toma una decisión favorable para su caso, usted tendrá que devolver los beneficios de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Asistencia Médica y/o Cuidado de Niños que haya recibido como “asistencia ininterrumpida” mientras esperaba la decisión de la Audiencia Imparcial.

## **CÓMO PREPARARSE PARA LA AUDIENCIA IMPARCIAL**

La Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York le enviará una notificación informándole cuándo y dónde se realizará la Audiencia Imparcial.

Página Original 10

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

Para prepararse para la Audiencia Imparcial, usted tendrá derecho a examinar el expediente de su caso y obtener copias gratuitas de los formularios y documentos que se entregarán al Juez de Derecho Administrativo en la Audiencia Imparcial. También podrá obtener copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted crea necesarios en la Audiencia Imparcial. Normalmente, podrá obtener esos documentos antes de la audiencia o a más tardar durante la audiencia. Si solicita algún documento y el departamento local de servicios sociales no se lo da antes de la audiencia o durante la audiencia, deberá informar sobre esta situación al Juez de Derecho Administrativo. **(Consulte la Sección 4: “Sus derechos - Derecho a examinar sus expedientes”)**

Puede concurrir a la Audiencia Imparcial con un abogado, un familiar o un amigo(a) que lo ayude a explicar por qué piensa que la decisión sobre su caso es incorrecta. Si no puede asistir a la Audiencia Imparcial, puede enviar a otra persona en su lugar. Si envía a una persona que no sea un abogado, deberá entregarle una carta dirigida al Juez de Derecho Administrativo. Esta carta debe informarle al Juez que esa persona se presenta en su lugar.

Para explicar en la Audiencia Imparcial por qué piensa que la decisión es incorrecta, puede presentar testigos que lo ayuden a explicar su caso así como también toda otra información que tenga, por ejemplo:

- **Talones de cheque de pago**
- **Facturas**
- **Recibos**
- **Contratos de alquiler**
- **Estado de cuentas de servicios médicos**

También estará presente en la Audiencia Imparcial una persona del departamento local de servicios sociales para explicar la decisión tomada en su caso. Usted o su representante podrán interrogar a esa

persona como también presentar el punto de vista de ustedes sobre el caso. Usted o su representante también podrán interrogar a los testigos que ustedes presenten para colaborar con su caso.

Si piensa que necesita la ayuda de un abogado en la Audiencia Imparcial, podrá obtenerla en forma gratuita llamando a la Oficina local de Ayuda Legal o a la Oficina de Servicios Legales. Si desea nombres de otros abogados, llame a la Asociación Local de Abogados (Bar Association).

**NOTA:** si lo solicita, podrá recuperar el dinero que tuvo que pagar por transporte público, cuidado de niños y otros gastos que hayan sido necesarios para concurrir a la audiencia imparcial. Si no cuenta con transporte público, podrá recuperar el dinero que tuvo que pagar por otro tipo de transporte. Si no puede utilizar transporte público por razones médicas, es posible que pueda recuperar el dinero que tuvo que pagar por otro tipo de transporte. Sin embargo, es posible que tenga que presentar comprobantes médicos.

Si vive dentro del Estado de Nueva York, puede solicitar una Audiencia Imparcial por teléfono, fax, por Internet o por escrito al domicilio que figura a continuación.

**Por teléfono:** el número gratuito en todo el estado para hacer el pedido es 800-342-3334. Si recibió un aviso, téngalo a mano cuando llame.

**Por fax:** envíe su solicitud de Audiencia Imparcial al número 518- 473-6735

**Por Internet:** rellene el formulario de solicitud por internet en

<http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp>

**Por escrito:** para avisos, rellene el espacio a continuación y envíe una copia de este aviso o escriba a:

**NYS Office of Temporary and Disability**

**Assistance**

**Office of Administrative Hearings**

**P.O. Box 1930**

**Albany, New York 12201-1930**

Conserve una copia del aviso para usted

Si su pedido está relacionado con beneficios de salud o servicios brindados a través del Plan de Cuidados Administrados o Cuidados Administrados de Largo Plazo, puede escribir a:

**NYS Office of Temporary and Disability  
Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023**

**Fax:** envíe una copia del aviso o su pedido escrito al número (518) 473-6735

Puede realizar su pedido en persona concurriendo a las oficinas que figuran a continuación.

Pagina Original 11

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

**En persona** lleve una copia del aviso, o solicite una Audiencia Imparcial sobre un tema no relacionado con el aviso en:

**Office of Temporary & Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
14 Boerum Place  
Brooklyn, New York**

o

**330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York**

o

**NYS Office of Temporary and Disability  
Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Fair Hearings  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201-1930**

**NOTA:** para audiencias de emergencia en la Ciudad de Nueva York únicamente, llame al teléfono (800) 205-0110. No utilice este número telefónico si no es un caso de emergencia. No se atenderá ningún pedido que no revista emergencia en este número.

## **6. DERECHOS DE EMPLEO - ASISTENCIA TEMPORAL**

### **Asistencia Temporal**

Como beneficiario de Asistencia Temporal, quizá tenga que buscar trabajo y participar en actividades que le ayuden a conseguir y mantener un empleo. Si tiene un diploma de escuela secundaria o equivalente, por ejemplo un diploma GED, quizá sea apto y se le exija realizar una actividad educativa para mejorar sus habilidades básicas y/o recibir un diploma de equivalencia de escuela secundaria. Quizá también tenga que participar en actividades de

empleo, experiencia laboral u otras junto con la actividad educativa. Informe a su empleador si usted está interesado en realizar una actividad educativa.

Si usted considera que no podrá cumplir con algunos de los requisitos de empleo, o con ninguno, por razones de violencia doméstica, es posible que reúna los requisitos para obtener una dispensa. Para solicitar una dispensa, deberá rellenar un formulario de detección de violencia doméstica o informar a su trabajador(a) de casos que desea mantener una entrevista de evaluación con un representante del servicio de violencia doméstica.

Si usted tiene una incapacidad física o mental que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, tiene antecedentes de dicha limitación o está considerado como una persona que posee dicha incapacidad, es posible que esté amparado por el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y el Título II de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades de 1990. Las incapacidades de salud física o mental incluyen, por ejemplo, dificultades de aprendizaje, retardo mental, depresión, irregularidades motoras o problemas de visión o



audición. El hecho de tener una incapacidad no lo descalifica para recibir Asistencia Temporal.

El departamento local de servicios sociales le preguntará si existe alguna razón, incluyendo alguna incapacidad de salud física o mental, que pueda afectar su capacidad de participar en actividades de trabajo, incluyendo empleo. Usted no está obligado a informar al departamento local de servicios sociales que tiene una incapacidad si no quiere hacerlo. Sin embargo, es posible que se vea obligado a participar en actividades laborales, incluso que tenga que trabajar, sin que se tenga en cuenta su situación. Se mantendrá la confidencialidad de toda información de salud que proporcione al departamento local de servicios sociales y la misma se utilizará para determinar si necesita servicios y recursos razonables como para que pueda participar en actividades laborales. Los recursos razonables pueden incluir, por ejemplo, un horario de trabajo reducido o adaptado para que usted pueda cumplir con las prácticas médicas relacionadas con su incapacidad, lugares de trabajo accesibles para las personas con incapacidades motoras, y programas especiales. Si su incapacidad está convenientemente

documentada, el departamento local de servicios sociales lo asignará a una tarea acorde a sus limitaciones.

Si no está de acuerdo con la actividad que le asignan o si piensa que no puede realizarla debido a sus limitaciones de salud, incluso si piensa que el departamento local de servicios sociales no tuvo debida cuenta de su incapacidad, podrá solicitar una reunión de conciliación. Una reunión de conciliación es una sesión con el personal del departamento local de servicios sociales para conversar sobre las razones por las que usted no está de acuerdo con las tareas que le asignaron. Una persona que no sea directamente responsable de su caso estará presente en la reunión. Esa persona tratará de resolver los problemas que se presenten. Aunque usted solicite una reunión de conciliación, igualmente se espera que cumpla con las actividades laborales que se le asignaron. También puede solicitar una audiencia imparcial para explicar a un Juez de Derecho Administrativo por qué no está de acuerdo con su asignación. Si lo asignan a un programa de empleo o capacitación a cargo de una organización religiosa,

tendrá derecho a recibir servicios de valor similar de otro proveedor.

Si su departamento local de servicios sociales le asigna una actividad laboral y usted no realiza dicha actividad, es posible que le ofrezcan la oportunidad de solicitar una reunión de conciliación. Una reunión de conciliación es una sesión con personal de su departamento local de servicios sociales para explicar sus razones para no participar. Si el departamento local de servicios sociales decide que usted tuvo una buena razón para no participar cuando le requirieron que lo hiciera, es posible que no reciba

Página Original 12

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

una sanción. Si no está de acuerdo con su departamento local de servicios sociales en que no tenía una causa justificada para no participar o si usted no solicita una reunión de conciliación cuando se la ofrecen y el departamento local de servicios sociales lo sanciona, usted podrá también solicitar una Audiencia Imparcial para informar a un Juez de Derecho Administrativo por qué no participó.

Usted debe informar al departamento local de servicios sociales si necesita ayuda para pagar gastos como cuidado de niños o transporte para participar en actividades laborales, incluyendo empleo. Si indica que necesita ayuda con los gastos de empleo o actividades relacionadas con el empleo, el departamento local de servicios sociales le informará cómo tener acceso a los servicios disponibles y obtener el reintegro para cubrir el costo de los gastos que el distrito determine que son necesarios para que usted pueda participar en las actividades relacionadas con el trabajo. Si no puede conseguir servicios de cuidado para un niño menor de trece años de edad, el departamento local de servicios sociales lo ayudará a obtener dichos servicios.

### **Beneficios de Cupones para Alimentos**

Si no está de acuerdo con la decisión de que usted puede desempeñar tareas laborales, deberá informar al departamento local de servicios sociales de que usted considera que debe ser eximido de participar en actividades laborales. Recibirá una notificación sobre la decisión del departamento local de servicios sociales con relación a su reclamo. Si el

departamento local de servicios sociales no está de acuerdo con usted, puede solicitar una audiencia imparcial para informar a un Juez de Derecho Administrativo por qué considera que usted no puede trabajar.

Si usted debe participar en actividades laborales para obtener cupones para alimentos, podrá obtener ayuda con el pago de algunos gastos relacionados con el trabajo. También podrá recibir ayuda con los gastos de cuidado de niños.

Deberá informar al departamento local de servicios sociales si necesita ayuda para obtener cuidado de niños o para pagar gastos relacionados con el trabajo, como por ejemplo transporte. Si no puede conseguir servicios de cuidado para un niño menor de trece años de edad, el departamento local de servicios sociales lo ayudará a obtener dichos servicios.

### **Asistencia Médica**

Para recibir Asistencia Médica no tiene que cumplir con requisitos de trabajo. Sin embargo, para poder adherirse al Programa de Adquisición de Beneficios

de Medicaid para Trabajadores con Incapacidades, la persona deberá tener una actividad laboral.

## **7. DERECHOS DE LOS NIÑOS Y LOS PADRES CUANDO LA PATERNIDAD SE ESTABLECE EN UN TRIBUNAL**

Cuando la paternidad queda determinada por un tribunal, es posible que tanto el padre como el niño tengan derechos, a saber:

A. El **niño** puede tener derecho a:

- Beneficios de incapacidad si el padre sufre una incapacidad
- Beneficios de fallecimiento si muere el padre
- Beneficios de herencia cuando muere el padre
- Pagos de Sustento de Menores hasta los 21 años de edad

B. El **padre** puede tener derecho a:

- Obtener la custodia del niño
- Visitar al niño
- Participar en cuidado de crianza, adopción u otros planes de permanencia para el niño
- Recibir herencia del niño

## 8. DERECHOS RELACIONADOS CON LA PATERNIDAD Y ACCIONES LEGALES PARA EL SUSTENTO DE MENORES Y REPRESENTACIÓN

Usted tiene derecho a ser informado sobre toda acción legal vinculada con la paternidad o el Sustento de Menores relacionado con usted o con su hijo, incluyendo el derecho a ser informado sobre la hora, fecha y lugar de dichas acciones legales. Tiene derecho a estar presente en el tribunal, y se le puede exigir que se presente, cuando se lleve a cabo una acción legal sobre paternidad o Sustento de Menores relacionado con usted o con su hijo.

Si se inician acciones legales por paternidad o Sustento de Menores, el departamento local de servicios sociales tendrá un abogado u otro representante que **solamente** intentará demostrar que usted es el padre de su hijo. Ese abogado o representante representa únicamente al departamento local de servicios sociales y **no** a usted personalmente. Ese abogado o representante **no** se ocupará de temas relacionados con la custodia, régimen de visitas ni otras cuestiones legales que no se relacionen con el Sustento de Menores.

Es posible que la información que usted comparta con el abogado o representante no se mantenga confidencial. Se puede denunciar toda información que revele indicio de fraude al sistema de bienestar público.

Si cree que necesita la ayuda de un abogado, puede solicitar uno sin costo alguno llamando a su oficina local de Ayuda Legal o Servicios Legales. Si desea nombres de otros abogados, llame a la Asociación Local de Abogados (Bar Association).

Si usted considera que determinar la paternidad o exigir el cumplimiento de los pagos de Sustento de Menores pondrá a usted o a

Página Original 13

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

su hijo en riesgo de violencia doméstica, es posible que usted reciba una dispensa provisoria para eximirse de alguna o de todas las actividades exigidas por el programa de Sustento de Menores. Si desea obtener una dispensa, deberá rellenar un formulario de detección de violencia doméstica o informar a su trabajador(a) de casos que desea



mantener una entrevista de evaluación con un representante del servicio de violencia doméstica.

## 9. DERECHOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE NIÑOS

Usted tiene **derecho a recibir información** para saber cómo buscar un proveedor del servicio de cuidado de niños. Puede recibir esta información de diferentes maneras.

- Su trabajador(a) de casos puede darle el nombre y el número telefónico de un Programa de Recursos y Consultas para Cuidado de Niños u otro programa similar que lo pueda ayudar a encontrar un proveedor del servicio de cuidado para niños; •
- Su trabajador(a) de casos puede proporcionarle una lista con los nombres, direcciones y números de teléfono de proveedores del servicio de cuidado de niños.
- Usted tiene **derecho a elegir** el proveedor de este servicio para su hijo. Puede ser un proveedor con licencia o certificación o puede ser un familiar, un amigo de la familia o un vecino de confianza. Si elige una persona sin licencia ni certificación, esa persona deberá rellenar un formulario de inscripción para proveer el servicio de cuidado de

niños y así saber si es apto para recibir pago por este servicio.

Usted tiene **derecho a elegir** cuidado de niños en lugar de Asistencia Temporal (TA, por sus siglas en inglés). Usted puede decidir que en lugar de recibir TA, lo que usted realmente necesita es ayuda para pagar el cuidado de niños. Es posible que las familias que están solicitando o recibiendo TA y necesitan cuidado de niños para poder trabajar, reciban una garantía de cuidado de niños para familias que trabajan. La habilitación para esta garantía de cuidado de niños **no** tiene un límite de 60 meses. Usted puede seguir recibiendo los beneficios de cuidado de niños mientras reúna los requisitos.

Usted es apto para recibir esta garantía si está solicitando TA y elige cuidado de niños en lugar de TA o si está recibiendo TA y solicita el cierre de su caso de TA; y si:

- su ingreso está dentro de los límites de TA;
- usted está trabajando la cantidad de horas requeridas por TA;
- usted necesita cuidado de niños para un menor de 13 años para poder trabajar;

- usted está usando los servicios de un proveedor autorizado de cuidado de niños.

Si usted es apto para recibir TA y decide que todo lo que necesita es cuidado de niños, su trabajador(a) de casos le podrá informar cómo solicitar la garantía de cuidado de niños. Si usted ya está recibiendo TA y es apto para el programa por otros motivos, será necesario que cierre su caso de TA para recibir la garantía de cuidado de niños. Si usted cambia de opinión y decide que necesita Asistencia Temporal, puede presentar la solicitud en cualquier momento.

Si decide recibir ayuda para cuidado de niños en lugar de recibir TA y cuidado de niños, usted tendrá que pagar parte de los costos del cuidado de niños. Esto es lo que se conoce como participación familiar o arancel. El monto que usted paga depende de sus ingresos. Además, si su proveedor cobra más que el valor de mercado, usted tendrá que pagar el monto que su proveedor de cuidado de niños cobra por encima del valor de mercado.

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir Cupones para Alimentos incluso si solicita cambiar su solicitud de Asistencia Temporal para pedir ayuda de cuidado de niños o cerrar su caso de TA. Si usted

cambia su solicitud o cierra su caso de TA para recibir ayuda de cuidado de niños, su habilitación para recibir Cupones para Alimentos se determinará en forma separada.

Si usted solicitó Asistencia Médica al mismo tiempo que presentó la solicitud para Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos, y usted elige recibir ayuda para cuidado de niños solamente, su solicitud será remitida al programa de Asistencia Médica para que se tome una determinación por separado. Si usted actualmente está recibiendo Asistencia Temporal y solicita el cierre de su caso, sus beneficios de Asistencia Médica continuarán salvo que usted solicite el cierre de su caso o que sus circunstancias hayan cambiado y usted deje de reunir los requisitos del programa de Asistencia Médica. Usted debe conversar con su trabajador(a) de Asistencia Médica, si está solicitando el cierre de su caso debido a un incremento de sus ingresos. Es posible que usted mantenga su habilitación para Asistencia Médica o sea apto para recibir Asistencia Médica Transitoria.

Usted tiene **derecho a solicitar una audiencia imparcial** si se le niegan los beneficios de cuidado de

niños, si se reducen o se interrumpen sus beneficios o si se le ha cobrado un sobreprecio.

**Beneficiarios de Asistencia Temporal:**

**No se puede reducir ni suspender su plan de Asistencia Temporal** por no estar participando en actividades laborales **si** la razón por la cual no participa es porque **no cuenta con el cuidado apropiado, accesible, a su alcance y adecuado para un niño menor de 13 años de edad.**

Pagina Original 14

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

Si no puede conseguir por su cuenta un proveedor de cuidados de niños, su trabajador(a) de casos deberá ofrecerle **dos opciones** de proveedores de cuidados de niños. Por lo menos una de las opciones deberá ser un proveedor de cuidados de niños con licencia o certificación del Estado de Nueva York o del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York.

Usted tiene **derecho a ser eximido de su actividad laboral** si tiene un niño menor de 13 años de edad y no puede conseguir un proveedor de cuidados de niños que sea **apropiado, accesible, adecuado y a**

**su alcance.** Sin embargo, el tiempo durante el cual se le exima de su actividad laboral contará como parte del límite de tiempo de 60 meses durante el cual puede recibir fondos federales y dinero en efectivo de Asistencia Temporal.

- **Apropiado** significa que el proveedor de cuidados está disponible en los horarios y días en los que usted debe participar en su actividad laboral, y que está dispuesto a cuidar de su(s) niño(s), incluyendo la atención de las necesidades especiales que su hijo pueda tener.
- **Accesible** significa que usted pueda llegar al proveedor en su propio automóvil o en un transporte público y que el proveedor está ubicado dentro de una **distancia razonable** de su hogar y su trabajo. Su trabajador(a) de casos deberá informarle lo que se considera una distancia razonable para su área de residencia.
- **Adecuado** significa que las condiciones físicas o mentales de un proveedor exento de ciertos requerimientos legales (informal) o que la condición física del hogar exento de ciertos requerimientos legales no perjudicarán la salud o la seguridad de sus hijos.

- **A su alcance** significa que usted tiene dinero suficiente para pagar su participación en el costo del cuidado de niños si está obligado a pagar una parte del costo.

Usted tiene **derecho a solicitar una audiencia imparcial para apelar la decisión de reducir o suspender su plan de Asistencia Temporal** si cree que su trabajador(a) de casos tomó la decisión incorrecta con relación a su negativa de cumplir con las actividades laborales debido a la falta de cuidado de niños.

## **10. DERECHOS CON RESPECTO A LOS PAGOS TRASPASADOS DE SUSTENTO DE MENORES Y PAGOS DE SUSTENTO EN EXCESO - ASISTENCIA TEMPORAL**

Al solicitar beneficios de Asistencia Temporal (incluida la Asistencia para Familias y Asistencia Red de Seguridad) y, mientras usted esté recibiendo los beneficios de Asistencia Temporal, usted cede a su departamento local de servicios sociales **todos** sus derechos a recibir pagos de Sustento de Menores en su nombre y todo derecho a recibir sustento en nombre de cualquier miembro de su familia para

quien usted está solicitando o recibiendo Asistencia Temporal.

**A partir del 1º de octubre de 2009**, cuando solicite Asistencia Temporal y, mientras esté recibiendo Asistencia Temporal, usted rescinde al departamento local de servicios sociales todos sus derechos a recibir pagos de Sustento de Menores en su nombre y todo derecho a recibir sustento en nombre de cualquier miembro de su familia para quien usted está solicitando o recibiendo asistencia, **limitado** al monto de sustento que acumula mientras usted o el miembro de la familia recibe Asistencia Temporal.

**Traspaso de Sustento de Menores:** se le transferirá parte de lo recaudado por cesión de Sustento de Menores ordenado por orden judicial, cuando los pagos se realicen en término, además del subsidio mensual de Asistencia Temporal. La parte del pago de Sustento de Menores que se le entrega a usted se llama «pago traspasado». El pago traspasado es el monto menor entre los primeros \$100 de lo recaudado por sustento todos los meses y la suma recaudada a cuenta de la obligación mensual ordenada judicialmente. A partir del 1º de enero de 2010, el pago traspasado de \$100 continuará vigente



en los casos en que haya una persona menor de 21 años activa en el caso de Asistencia Temporal. Cuando haya dos o más personas activas menores de 21 años en el mismo caso de Asistencia Temporal, el pago traspasado aumentará y pasará a ser la suma menor entre los primeros \$200 de lo recaudado por sustento todos los meses y la suma recaudada a cuenta de la obligación mensual ordenada judicialmente. Este pago traspasado no se descuenta de su subsidio de Asistencia Temporal pero podría reducir sus beneficios de Cupones para Alimentos.

Cuando el departamento local de servicios sociales reciba el pago actual de Sustento de Menores en su nombre, usted recibirá un Informe Mensual de Sustento de Menores Recibido. Este informe mensual indica si recibirá o no un pago traspasado, qué cantidad le pagarán y el motivo. Compare ese informe con los recibos de sus beneficios de ese mes.

Recibirá el pago traspasado el siguiente mes después de que el departamento local de servicios sociales reciba en su nombre el pago actual de

Sustento de Menores. El pago traspasado se paga una vez por mes.

Un pago de Sustento de Menores se considerará «actual» si se paga el mes en el que se vence. Es posible que un pago de Sustento de Menores sea pagado puntualmente por el padre / la madre no custodios pero sea recibido con demora por el departamento local de servicios sociales. Ello puede suceder cuando el empleador retiene el dinero de Sustento de Menores del salario del padre o la madre no custodios pero se demora en enviarlo. El Sustento de Menores actual también puede recibirse con demoras si el padre o la madre que no tiene la custodia efectúan el pago en otro condado o estado y esa oficina se demora en enviarlo. Siempre y cuando el padre o la madre no custodio pague el Sustento de Menores en el mes en que vence y el departamento local de servicios sociales lo reciba, usted recibirá el pago traspasado correspondiente a dicho mes.

Pagina Original 15

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

**Pagos de Sustento de Menores en exceso:** lo recaudado por Sustento de Menores cedido se

pagará al estado y al departamento local de servicios sociales para reintegrar un monto que puede ascender hasta la suma total de Asistencia Temporal que se le haya pagado a usted. Usted tiene derecho a recibir todo pago de sustento cobrado que **exceda** el monto total de Asistencia Temporal que le haya sido pagada a usted, además de los pagos en exceso que le corresponda recibir.

**Revisión:** si considera que tiene derecho a un pago traspasado o a un pago de Sustento de Menores en exceso, puede llamar al **1-888-208-4485** para recibir un formulario para solicitar una Revisión de sus pagos. Debe solicitar una Revisión en cuanto vea que se ha cometido un error, porque la Revisión de Primer Nivel solamente cubre los pagos correspondientes al año calendario en el que efectúa su pedido y al año anterior a su petición. Después de enviar el formulario completo y la documentación, el departamento local de servicios sociales revisará su caso y le hará llegar una respuesta por escrito dentro de los 45 días calendario a partir de la fecha en que se reciba su pedido por escrito o, bajo ciertas circunstancias, dentro de los 75 días calendarios. Como parte de esta Revisión, usted estará en

condiciones de suministrar información al personal encargado de la revisión que revisará los registros correspondientes y toda la información que usted suministre para determinar si se le adeudan pagos de Sustento de Menores. Usted puede solicitar ayuda para obtener información para demostrar que se le adeuda dinero.

Si después de completarse la Revisión de Primer Nivel usted no está satisfecho con la determinación, puede solicitar una Revisión de Segundo Nivel rellenando un formulario de Revisión de Segundo Nivel que se le entregará con la determinación de la Revisión de Primer Nivel. Deberá solicitar una Revisión de Segundo Nivel dentro de los 20 días de la fecha en que se toma la determinación de la Revisión de Primer Nivel. La Revisión de Segundo Nivel es una revisión llevada a cabo por la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (NYS OTDA) sobre la determinación de Primer Nivel y de toda otra documentación adicional que pueda proporcionar que no hubiese estado disponible anteriormente. La NYS OTDA llevará a cabo la revisión y tomará una determinación dentro de los 30 días calendario a

partir de la fecha de su pedido. Si tiene preguntas sobre este procedimiento o necesita una copia adicional del formulario de pedido de la Revisión de Segundo Nivel, puede llamar al 1-888-208-4485.

## **11. DERECHO A SOLICITAR PAGOS RESTRINGIDOS DE ASISTENCIA TEMPORAL**

Si está solicitando o recibiendo Asistencia Temporal del programa de Asistencia para Familias, tiene derecho a pedir al departamento local de servicios sociales que “**restrinja**” toda o una parte de su subsidio de Asistencia Temporal para pagar directamente sus facturas tales como calefacción, alquiler o servicios públicos. “**Restringir**” su Asistencia Temporal significa que una parte de sus beneficios le será pagada a otra persona en nombre suyo.

Por ejemplo: si solicita al departamento local de servicios sociales que restrinja la porción correspondiente a alquiler, la suma correspondiente será enviada directamente al propietario de su vivienda todos los meses en vez de entregársela a usted junto con el dinero en efectivo de su Asistencia Temporal. Para solicitar la restricción de su Asistencia Temporal, solicite un formulario de

«Petición Voluntaria de Pagos Restringidos»  
(Request for Voluntary Restricted Payments),  
complételo y entréguelo en el departamento local de  
servicios sociales.

Puede interrumpir una restricción voluntaria  
escribiendo a su departamento local de servicios  
sociales. La restricción voluntaria dejará de realizarse  
dentro de los 30 días de la fecha en que el  
departamento local de servicios sociales recibe su  
solicitud por escrito. Sin embargo, el departamento  
local de servicios sociales puede decidir que se  
restrinja la totalidad o parte de su subsidio para  
facilitar la gestión administrativa.

Si solicita la restricción de su subsidio de asistencia  
para pagar las facturas de calefacción y/o de energía  
de uso doméstico, el monto de su asignación para  
calefacción y/o el monto de la factura de energía para  
uso doméstico se deducirán del monto del subsidio.  
Por lo menos una vez al año el departamento local de  
servicios sociales comparará sus facturas de energía  
con los montos deducidos de su subsidio. Si el total  
facturado es menor que el monto deducido de su  
subsidio, el departamento local de servicios sociales  
le podrá pagar la diferencia en efectivo. Si la cantidad

facturada es mayor que el monto deducido de su subsidio, la diferencia será recuperada de sus futuros pagos de subsidios de Asistencia Temporal.

Su departamento local de servicios sociales puede negarse a restringir sus pagos cuando su subsidio de Asistencia Temporal sea menor que la factura que debe.

Puede solicitar pagos restringidos aunque su beneficio de Asistencia Temporal no provenga del programa de Asistencia para Familias.

## **12. SUS DERECHOS SI ESTÁ BAJO SOSPECHA DE FRAUDE**

Si descubre que lo están investigando porque su trabajador(a) de casos piensa que usted no ha dicho la verdad sobre su caso, deberá consultar a un abogado. Cuando se lo acuse de fraude contra el sistema de bienestar público ante un tribunal en lo penal, si usted reúne los requisitos, el tribunal le asignará un abogado para que lo represente sin costo alguno.

## **13. SU DERECHO A INSCRIBIRSE PARA VOTAR**

Toda persona que desee inscribirse para votar, independientemente de que esté o no solicitando

asistencia, puede recibir una solicitud de Inscripción de Votante y obtener ayuda para completarla en una oficina del gobierno que acepte solicitudes para los beneficios descritos en este libro. Esa oficina también aceptará la solicitud rellena de Inscripción de Votante y la enviará a la

Página Original 16

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

Junta Electoral Local. Para más información, puede comunicarse con la Junta Electoral del Estado de Nueva York llamando al 1-800-FORVOTE (367-8683).

#### **14. SUS DERECHOS CON RELACIÓN A LOS SERVICIOS DE PROVEEDORES CON CREENCIAS RELIGIOSAS**

Si alguno de los servicios y beneficios que le brindamos se presta a través de una organización religiosa, usted tiene derecho a recibir un servicio de valor similar de otro proveedor.

### **SUS RESPONSABILIDADES**

#### **1. RESPONSABILIDADES GENERALES**



Si está solicitando o recibiendo Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Beneficios de Cupones para Alimentos, Servicios, beneficios de Cuidado de Niños u otro tipo de ayuda, usted deberá:

- Responder todas las preguntas de forma completa y con veracidad. Las respuestas falsas pueden dar origen a sanciones civiles y penales.
- Permitir que lo entrevisten. Si falta a una entrevista sin indicarle el motivo a su trabajador(a) de casos, su solicitud podrá ser rechazada o le podrán cerrar su caso. Si falta a una entrevista y desea programar una nueva cita, es su responsabilidad informar a su trabajador(a) de casos.
- Con relación a los beneficios de Cupones para Alimentos, deberá concertar de nuevo la entrevista a la que faltó antes del 30avo día a partir de la fecha en que presentó la solicitud para no perder los beneficios de Cupones para Alimentos.
- En cuanto al beneficio de Cuidado de Niños, si únicamente está solicitando beneficios de cuidado de niños, puede presentar la solicitud por correo. Si su trabajador(a) de casos no puede determinar si usted cumple con los

requisitos basándose en la información que usted envió por correo, es posible que se le pida que concorra a una entrevista.

- En cuanto a Asistencia Médica, se realiza una entrevista personal con usted o con su representante. Usted podrá ser entrevistado por un asistente de inscripción facilitada, si no está solicitando cuidados por tiempo prolongado.
- Entregar a su trabajador(a) de casos los documentos y la información necesarios para determinar si usted puede recibir ayuda. Si usted no puede conseguir estos documentos e información, su trabajador(a) de casos deberá tratar de ayudarlo.
- Aceptar cualquier empleo que le ofrezcan y pueda desempeñar, si está capacitado para trabajar y está solicitando Asistencia Temporal, aunque le paguen menos que Asistencia Temporal. La Asistencia Temporal le pagará una subvención complementaria si la necesita.
- Proporcionar cierta información de índole personal que el gobierno federal nos exige reunir e informar cuando usted es el familiar encargado del cuidado del niño pero no es el responsable legal y está solicitando Asistencia Temporal para el menor y

usted mismo(a) no está recibiendo Asistencia Temporal.

- Proporcionar cierta información, que el gobierno federal nos exige reunir e informar sobre niños que no reciben ni solicitan beneficios, cuando el menor de edad que está solicitando o recibiendo Asistencia Temporal tiene hermanos o hermanas menores de edad que no reciben ni solicitan beneficios e integran el mismo hogar.
- Usted deberá solicitar y procurar obtener todos los beneficios que lleven a eliminar y/o reducir la necesidad de recibir Asistencia Temporal

## **2. RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN VERAZ Y PRECISA**

Cuando usted solicita o recibe ayuda, o cuando usted es el familiar encargado del cuidado del niño pero no es el responsable legal y solicita o recibe Asistencia Temporal para niños menores y no solicita ni recibe asistencia para usted mismo(a), usted deberá proporcionar pruebas de ciertas cosas como las que se describen bajo el título: **«Sus Responsabilidades», Sección 3: «Responsabilidad de proporcionar pruebas».**

Si usted solicita o recibe Asistencia Temporal o Beneficios de Cupones para Alimentos y a usted o a otra persona que forme parte de su caso se la ha declarado culpable de mentir u ocultar dinero, bienes o recursos, usted podría perder sus beneficios de Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos. Esto se conoce como **Violación Intencional del Programa (IPV, por sus siglas en inglés)**.

Si un tribunal o una Audiencia Imparcial Administrativa del Estado determina que usted cometió una IPV, será «eliminado». Ello significa que usted no podrá obtener Asistencia Temporal ni Cupones para Alimentos durante un determinado período de tiempo. La duración de ese período dependerá de si usted recibe Asistencia Temporal o Beneficios de Cupones para Alimentos y si ya ha sido declarado culpable de una IPV anteriormente y de la suma involucrada en dicha violación.

Página Original 17

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

Además de perder su derecho a la asistencia, si lo declaran culpable de una IPV, deberá devolver al departamento local de servicios sociales el dinero o

los Beneficios de Cupones para Alimentos que no le correspondían.

Tendrá que devolver el dinero o los Beneficios de Cupones para Alimentos o cuando comience a recibir sus beneficios nuevamente, éstos serán reducidos hasta que haya devuelto lo que debe. Si vive con otras personas que continúan recibiendo beneficios mientras usted ha sido eliminado del programa, las otras personas también podrían recibir menos beneficios.

Si se le elimina del programa y no recibe Asistencia Temporal, se revisará su habilitación para Beneficios de Cupones para Alimentos para determinar si continúa siendo apto para ese programa. Es posible que se revise su habilitación para Asistencia Temporal para determinar si puede seguir recibiendo Asistencia Médica.

Si se lo condena en un tribunal federal o del Estado por haber hecho una declaración falsa en cuanto a su lugar de residencia para recibir Asistencia Temporal o Beneficios de Cupones para Alimentos en dos o más estados a la vez, quedará eliminado del programa por diez años.

Si no ha proporcionado información veraz y exacta cuando solicitó o recibió beneficios de cuidado de niños, deberá devolver los beneficios que no le correspondían. Si es encontrado culpable de fraude, podrán corresponderle otras sanciones.

Si recibe ayuda para el cuidado de niños o si recibió ayuda para el cuidado de niños y su caso se cerró, y usted es declarado culpable de haber recibido ayuda para el cuidado de niños por medios fraudulentos, o voluntariamente admitió haber recibido ayuda por medios fraudulentos, sus servicios de cuidado de niños se suspenderán o se interrumpirán y usted no podrá seguir recibiendo servicios de cuidado de niños durante el período estipulado relativo a las Violaciones Intencionales del Programa que figuran debajo.

**ASISTENCIA TEMPORAL: SANCIONES POR VIOLACIÓN INTENCIONAL DEL PROGRAMA (IPV):**

Si ha cometido una IPV del Programa de Asistencia Temporal, no podrá obtener Asistencia Temporal en la siguiente medida:

- 6 meses de eliminación del programa, si ésta es

- su primera IPV y
  - la IPV es menor de \$1,000
- 12 meses de eliminación del programa, si ésta es
  - su segunda IPV o
  - la IPV es entre \$1,000 y \$3,900
- 18 meses de eliminación del programa, si ésta es
  - su tercera IPV o
  - la IPV es mayor de \$3,900
- Eliminación del programa por 5 años si éste es su cuarto delito o delito posterior.

La persona que haga declaraciones falsas sobre su identidad y lugar de residencia con el propósito de recibir beneficios múltiples de Asistencia Temporal no podrá recibir Asistencia Temporal durante diez años.

La persona que esté huyendo para evitar un juicio, custodia o prisión por un delito grave, o que viole una de las reglas de libertad probatoria («probation») o libertad bajo palabra («parole») no es apto para recibir Asistencia Temporal.

## **ASISTENCIA MÉDICA: SANCIONES POR VIOLACIÓN INTENCIONAL DEL PROGRAMA (IPV)**

El programa de Asistencia Médica no tiene sus propias IPV. Las personas solteras o las parejas sin

hijos que estén eliminadas del programa de Asistencia Temporal porque han cometido una IPV también resultarán eliminadas del programa de Medicaid. La habilitación para Asistencia Médica de todos los demás solicitantes/beneficiarios que resulten eliminados de TA por haber cometido una IPV se determinará en forma separada.

### **PROGRAMA CUPONES PARA ALIMENTOS: SANCIONES POR VIOLACIÓN INTENCIONAL DEL PROGRAMA (IPV)**

Si usted ha cometido una IPV contra el Programa de Beneficios de Cupones para Alimentos, no podrá recibir Beneficios de Cupones para Alimentos en los siguientes casos:

- Un año de eliminación del programa, si ésta es
  - la primera IPV
- Dos años de eliminación del programa, si ésta es
  - la segunda IPV
- Eliminación permanente si ésta
  - es la tercera IPV.
- Un tribunal también podrá, en algunas circunstancias, impedir que una persona reciba Beneficios de Cupones para



Alimentos por un período adicional de 18 meses.

Toda persona declarada culpable por un tribunal de justicia de vender u obtener **armas de fuego, municiones o explosivos** a cambio de Beneficios nunca más podrá obtener Beneficios de Cupones para Alimentos.

Toda persona declarada culpable por un tribunal de justicia de comprar o vender **sustancias controladas** (drogas ilegales o ciertas drogas para las cuales se requiere receta médica) a cambio de Beneficios de Cupones para Alimentos no podrá obtener Beneficios de Cupones para Alimentos durante 2 años por el primer delito y permanentemente por el segundo.

Toda persona declarada culpable por un tribunal de justicia de traficar Beneficios de Cupones para Alimentos por un valor de \$500 o más, nunca más podrá volver a obtener Beneficios de Cupones para Alimentos. El tráfico incluye el uso, transferencia, adquisición, falsificación o posesión ilegal de Beneficios de Cupones para Alimentos, tarjetas de autorización o dispositivos de acceso.

Toda persona que haga declaraciones falsas sobre su identidad o lugar de residencia con el propósito de recibir múltiples Beneficios de Cupones para Alimentos no podrá recibir Beneficios de Cupones para Alimentos durante diez años.

Toda persona que esté huyendo para evitar un juicio, custodia o prisión por un delito grave, o que viole una de las reglas de libertad probatoria («probation») o libertad bajo palabra («parole») no cumple con los requisitos para recibir Cupones para Alimentos.

### **3. RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR PRUEBAS**

Cuando presente la solicitud para recibir ayuda o cuando reciba ayuda, le pedirán que proporcione comprobantes de ciertas cosas como las que se mencionan más abajo. Su trabajador(a) de casos le indicará cuáles son las cosas que usted **debe** demostrar. No todas estas cosas se requieren para todos los programas. Puede ser que usted deba demostrar algunas cosas para un programa pero no para otro. Si trae los comprobantes con usted cuando se presente por primera vez para solicitar asistencia, es posible que reciba la ayuda más rápidamente.

Si usted deja documentación en el departamento local de servicios sociales, deberá solicitar un recibo de los documentos que dejó. El recibo deberá tener su nombre, especificar los documentos que dejó, la hora, la fecha, el distrito y el nombre del trabajador de servicios sociales que le entregó el recibo.

Si usted no puede conseguir las pruebas que necesita, pídale a su trabajador(a) de casos que lo ayude. Si el departamento local de servicios sociales ya tiene pruebas de las cosas que no cambian, como su número de seguro social, no necesitará tener que demostrarlo nuevamente.

Nota: a continuación se incluye la lista de los documentos más comúnmente usados; no es una lista completa. Hay otros documentos que se pueden usar.

## **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Quién es usted**

## **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Identificación fotográfica, licencia de conducir, pasaporte de los Estados Unidos

## **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Edad de cada uno de los solicitantes que integra el hogar**

### **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Partida de nacimiento o fe de bautismo, expedientes del hospital, licencia de conducir

### **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Dónde vive**

### **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Recibo actual del alquiler, registros hipotecarios, carta del propietario que no sea familiar

### **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Gastos de vivienda**

### **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Recibo actual de alquiler, contrato actual de alquiler, registros hipotecarios, registros de propiedad y de impuestos escolares, facturas de servicios cloacales y de agua, facturas de combustible, facturas de servicios, facturas de teléfono

### **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Número de Seguro Social**

## **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Tarjeta del Seguro Social o prueba de que ha solicitado un número de Seguro Social para cada integrante de su hogar que solicita ayuda

Página Original 19

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

**NOTA: en cuanto a los programas de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos y Asistencia Médica**, si le pedimos su número de Seguro Social, usted tendrá que presentarlo si tiene uno. Si no podemos verificar su número con la Administración de Seguro Social, deberá proporcionar prueba de su número de Seguro Social. Si usted no tiene un número de Seguro Social, deberá solicitarlo para poder recibir los beneficios.

**En cuanto al Programa de Servicios**, algunos Servicios tales como Cuidado de Crianza, Protección Infantil, Prevención Infantil y Asesoramiento, reciben fondos de diversas fuentes, muchas de las cuales exigen que se proporcione el número de Seguro Social. Aunque los solicitantes de algunos servicios no están obligados a presentar el número de Seguro Social, es posible que no puedan acceder a estos

servicios si no presentan el número de Seguro Social. Por lo tanto, solicitamos el número de Seguro Social de todos los solicitantes de estos servicios para ayudarles a obtener todos los beneficios que les correspondan.

## **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Información sobre la situación de ciudadanía / de extranjero(a)**

## **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Certificado de nacimiento, pasaporte de los Estados Unidos, expedientes del servicio militar, certificado de naturalización y documentación de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS).

**NOTA: en cuanto al Programa de Beneficios de Cupones para Alimentos**, la ciudadanía solamente se deberá demostrar si existe alguna duda.

El departamento local de servicios sociales deberá informar del nombre y domicilio y proporcionar otra información de identificación conocida sobre un extranjero a quien la Oficina de Servicios de Inmigración y Naturalización o la Oficina Ejecutiva de Revisión de Inmigración, por medio de una Orden

Definitiva de Deportación, haya declarado que se encuentra ilegalmente en Estados Unidos. Esta información se puede compartir con el Departamento de Seguridad Interior. Esto no se aplica a los casos de Asistencia Médica.

**En cuanto al Programa de Servicios**, algunos servicios están disponibles sólo para las personas que tienen una situación inmigratoria satisfactoria. Por lo tanto, averiguamos la situación inmigratoria de todos los solicitantes para determinar los servicios que les corresponden.

**En cuanto a los Beneficios de Cuidado de Niños**, usted debe demostrar que el niño que está recibiendo beneficios de cuidado de niños reside legalmente en Estados Unidos.

**NOTA: en cuanto al programa de Asistencia Médica** deberá demostrar la identidad y ciudadanía o situación inmigratoria satisfactoria. A los efectos de calificar como ciudadano de los Estados Unidos, los Estados Unidos incluyen los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y las Islas Marianas del Norte. Las personas oriundas de Samoa Americana o la Isla

de Swain también se consideran ciudadanos estadounidenses a los efectos de Medicaid.

### **Documentos que demuestran ciudadanía e identidad**

- Pasaporte de los Estados Unidos
- Certificado de naturalización (N-550 ó N-570);
- Certificado de ciudadanía estadounidense (N-560 ó N-561);

### **Documentos que demuestran ciudadanía pero que además requieren la presentación de otro documento de la lista para demostrar identidad**

- Certificado de nacimiento de los Estados Unidos que demuestre nacimiento en uno de los 50 estados de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Samoa Americana, la Isla de Swain, Puerto Rico (si el nacimiento se produjo el 13 de enero de 1941 o después), Islas Vírgenes de los Estados Unidos (17 de enero de 1917 o después), Islas Marianas del Norte (después del 4 de noviembre de 1986, hora local de las Islas Marianas) o Guam (el 10 de abril de 1899 o después);
- Certificado de Informe de Nacimiento (DS-1350);



- Un informe de nacimiento de un ciudadano de los Estados Unidos ocurrido en el exterior (FS-240);
- Certificado de nacimiento emitido por el Departamento de Estado (Formularios FS-545 o DS-1350)
- Tarjeta de ciudadanía estadounidense (I-197 ó I-179);
- Tarjeta de indígena estadounidense (I-872);

Pagina Original 20

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

- Tarjeta de las Islas Marianas del Norte (I-873);
- Constancia de empleo en el servicio civil del gobierno de los Estados Unidos (antes del 1º de junio de 1976);
- Registro oficial de servicio militar;
- Decreto definitivo de adopción;
- Registro de censo federal o estatal; o
- Se aceptan los siguientes documentos si indican un lugar de nacimiento en los Estados Unidos y fueron emitidos por lo menos 5 años antes de la fecha de la solicitud:
- Copia del expediente del hospital en hoja con membrete del hospital;

- Registro de seguro de vida o de salud u otro;
- Documentación de ingreso a un hogar de convalecencia (nursing home), institución de cuidados especializados u otra institución; o
- Antecedentes médicos (de la clínica, médico u hospital);
- Otros documentos: uno de los siguientes documentos y debe indicar lugar de nacimiento en los Estados Unidos:
  - Registro de censo tribal de indio séneca;
  - Registro de censo tribal del Consejo de Asuntos Indígenas de los indios navajo;
  - Notificación oficial de registro de nacimiento del Registro Civil del Estado de los Estados Unidos;
  - Registro público de nacimiento de los Estados Unidos modificado más de 5 años después del nacimiento de la persona; o declaración firmada por el médico o la partera que atendió el nacimiento.
  - Declaración jurada (a utilizarse sólo en raras ocasiones).

### **Documentos que demuestran identidad**

- Certificado de porcentaje de sangre india u otro documento de indígena de los Estados Unidos o tribu originaria de Alaska.
- Cualquier documento de identidad descrito en el artículo 274A(b)(1)(D) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA), tal como:
  - Una licencia de conducir válida emitida por un estado o territorio con fotografía de la persona o con otra información identificatoria de la persona como nombre, edad, sexo, raza, altura, peso o color de ojos.
  - Tarjeta de identificación escolar con una fotografía de la persona;
  - Tarjeta del servicio militar de los Estados Unidos o registro de conscripción;
  - Tarjeta de identidad emitida por el gobierno federal, del estado o local con la misma información que se incluye en la licencia de conducir;
  - Tarjeta de identidad de dependiente de un integrante de las fuerzas armadas;
  - Documento de tribu estadounidense nativa; o
  - Tarjeta de la guardia mercante de la prefectura de los Estados Unidos.

**NOTA:** en cuanto a los menores de 16 años de edad, los registros escolares incluyen los registros de guardería y de los servicios de cuidados de día. Si no se cuenta con ninguno de los documentos mencionados arriba, se podrá usar una declaración jurada. Este documento sólo se puede aceptar si está firmado por un padre o tutor que declara bajo pena de perjurio la fecha y el lugar de nacimiento del niño y no se podrá utilizar si al mismo tiempo se está presentando una declaración jurada para demostrar ciudadanía.

**Comprobantes que demuestran ciudadanía estadounidense de personas que fueron naturalizadas en forma colectiva**

**Puerto Rico**

- Evidencia de nacimiento en Puerto Rico el 11 de abril de 1899 o posterior a esa fecha, y la declaración del solicitante de que estaba residiendo en territorio posesión de Estados Unidos o territorio de Puerto Rico el 13 de enero de 1941; o

- Evidencia de que el solicitante / beneficiario era ciudadano de Puerto Rico y la declaración del solicitante / beneficiario de que residía en Puerto Rico el 1º de marzo de 1917 y que no prestó juramento de lealtad a España.

### **Islas Vírgenes de los Estados Unidos**

- Evidencia de nacimiento en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y la declaración del solicitante / beneficiario de residencia en los Estados Unidos, en territorio posesión de los Estados Unidos o en las Islas Vírgenes el 25 de febrero de 1927;
- La declaración del solicitante / beneficiario indicando residencia en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos en calidad de ciudadano danés al 17 de enero de 1917, ciudadano y residencia en los Estados Unidos, una posesión de los Estados Unidos o las Islas Vírgenes de los Estados Unidos al 25 de febrero de 1927 y que la persona no declaró que mantenía la ciudadanía danesa; o
- Evidencia de nacimiento en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, y la declaración del solicitante /

beneficiario de residencia en Estados Unidos, en una posesión o territorio de los Estados Unidos o en la Zona del Canal al 28 de junio de 1932.

**Islas Marianas del Norte (NMI, por sus siglas en inglés ) (anteriormente parte del Territorio en Fideicomiso de las Islas del Pacífico – TTPI, por sus siglas en inglés)**

- Evidencia de nacimiento en las NMI, ciudadanía de TTPI y residencia en las NMI, los Estados Unidos, un territorio o una posesión de los Estados Unidos el 3 de noviembre de 1986 (hora local NMI) y la declaración del solicitante / beneficiario de que no prestó juramento de lealtad a ningún estado extranjero el 4 de noviembre de 1986 (hora local NMI);
- Evidencia de ciudadanía, residencia permanente en las NMI desde el 3 de noviembre de 1981 (hora local NMI), registro de votante anterior al 1º de enero de 1975 y la declaración del solicitante / beneficiario de que no prestó juramento de lealtad a ningún estado extranjero el 4 de noviembre de 1986 (hora local NMI); o
- Evidencia de domicilio permanente en las NMI desde el 1º de enero de 1974 y la declaración del

solicitante / beneficiario de que no prestó juramento de lealtad a ningún estado extranjero el 4 de noviembre de 1986 (hora local NMI).

**NOTA:** si la persona ingresó en las islas NMI como no inmigrante y vivió en las islas NMI desde el 1 de enero de 1974, esto no constituye domicilio permanente y la persona no es ciudadano de los Estados Unidos.

### **Condición inmigratoria**

- A continuación se incluyen los formularios más comunes de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS):
  - Tarjeta de residente extranjero I-551;
  - Registro I-94 de ingreso y salida del país;
  - Tarjeta I-688B ó I-766 de permiso de trabajo;
- Formulario I-797 de aviso de acción de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS); o
- Evidencia de residencia permanente en los Estados Unidos desde antes de 1972.

**NOTA:** si usted solicita únicamente Asistencia Médica, no es necesario que nos informe sobre su

condición de ciudadanía o condición inmigratoria, si usted

- está embarazada; o
- es un inmigrante indocumentado que solicita cobertura de Asistencia Médica para el tratamiento de una condición médica de emergencia. Vea la sección de Asistencia Médica del Libro 2, LDSS-4148B-SP para obtener más información sobre la condición de ciudadanía o condición inmigratoria.

Página Original 22

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

## **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Si usted es drogodependiente o alcohólico**

## **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Evaluación del uso de alcohol / drogas, que puede incluir una prueba de Drogadicción. Este requisito no se aplica para muchos de los solicitantes de Asistencia Médica, ni tampoco a los programas Family Health Plus, el Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores con Incapacidades, el Programa de Ahorro de Medicare o el Programa de Beneficios de Planificación Familiar.



## **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Ingresos devengados**

## **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Recibos de pago actuales, declaración del empleador, declaraciones impositivas, registros comerciales, declaración del huésped o pensionista del monto pagado en concepto de pensión.

## **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Ingresos no devengados**

Ejemplos de ingresos de este tipo:

- **Sustento de Menores / Alimentos**

Ejemplos de comprobantes de ingresos de este tipo:

Carta de la persona que paga sustento o alimentos

Ejemplos de ingresos de este tipo:

- **Beneficios del Seguro Social**

Ejemplos de comprobantes de ingresos de este tipo:

Último cheque de beneficios o carta de asignación vigente

Ejemplos de ingresos de este tipo:

- **Beneficios de Veterano**

Ejemplos de comprobantes de ingresos de este tipo:

Último cheque de beneficios, carta de asignación vigente, correspondencia oficial de la Administración de Veteranos

Ejemplos de ingresos de este tipo:

- **Beneficios de Seguro de Desempleo**

Ejemplos de comprobantes de ingresos de este tipo:

Correspondencia oficial del Departamento Laboral del Estado de Nueva York

Ejemplos de ingresos de este tipo:

- **Intereses y dividendos**

Ejemplos de comprobantes de ingresos de este tipo:

Resumen de cuenta del banco, cooperativa de crédito o agente

Ejemplos de ingresos de este tipo:

- **Subsidios y préstamos educativos**

Ejemplos de comprobantes de ingresos de este tipo:

Declaración de la escuela o carta actual de asignación enviada por el banco

Ejemplos de ingresos de este tipo:

- **Seguro de compensación laboral**

Ejemplos de comprobantes de ingresos de este tipo:

Ejemplos de ingresos de este tipo:

Carta actual de asignación o talón de cheque de pago

## **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Recursos**

Ejemplos de recursos:

- **Cuentas bancarias**

Ejemplos de comprobantes de recursos:

Libretas bancarias o registros de la cooperativa de crédito

Ejemplos de recursos:

- **Cuentas corrientes**

Ejemplos de comprobantes de recursos:

Resúmenes de cuentas bancarias

Ejemplos de recursos:

- **Fideicomiso o fondo para entierro**

Ejemplos de comprobantes de recursos:

Resumen de cuenta bancaria o copia del contrato con la funeraria

Ejemplos de recursos:

- **Lugar para el sepelio o contrato**

Ejemplos de comprobantes de recursos:

Carta del representante del cementerio, director de la funeraria o iglesia, copia del contrato con la funeraria

Ejemplos de recursos:

- **Seguro de vida**

Ejemplos de comprobantes de recursos:

Póliza de seguro

Ejemplos de recursos:

- **Otras propiedades de bienes raíces fuera de la casa donde vive**

Ejemplos de comprobantes de recursos:

Escritura, valuación / estimación del valor actual por el agente de bienes raíces

Ejemplos de recursos:

- **Vehículos automotores**

Ejemplos de comprobantes de recursos:

Registro, título, información sobre financiamiento

Ejemplos de recursos:

- **Acciones y bonos**

Ejemplos de comprobantes de recursos:

Certificados de acciones, bonos

## **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Registros de asistencia escolar de las personas que asisten a la escuela**

## **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Registros de la escuela, carta de la escuela

## **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Seguro médico**

### **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Póliza de seguro, tarjeta de seguro, carta del asegurador, tarjeta de Medicare

### **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Alquiler o servicios públicos no pagados**

### **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Copia de cada factura, carta del propietario o estado de cuenta de la compañía de servicios públicos

### **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Facturas médicas pagas e impagas**

### **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Copia de cada factura y comprobante de pago si se han pagado

### **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Padre / Madre no custodio**

### **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Certificado de defunción, comprobante de beneficios para sobrevivientes, documentos de divorcio,

asistencia para veteranos, registros de las fuerzas armadas

### **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Discapacitados / Incapacitados/ Embarazada**

### **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Carta del profesional médico, comprobante del Seguro Social de beneficios por incapacidad o de Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)

### **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Otros gastos/gastos de cuidado de dependientes**

### **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Cheques cancelados o recibos de pago, declaración del proveedor de cuidado de niños, orden judicial, declaración del ayudante o auxiliar

### **SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE**

- **Búsqueda de empleo**

### **ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO**

Solicitudes de empleo rellenas o Manual de Búsqueda Laboral («Job Search Handbook»).

Si está solicitando **únicamente Servicios (fuera de Cuidado de crianza)**, no necesita presentar pruebas de lo siguiente:

- **Gastos de vivienda**
- **Seguro médico**
- **Recursos**
- **Facturas médicas pagas e impagas**
- **Alquiler o servicios públicos impagos**
- **Otros gastos / Gastos de cuidado de dependientes**

Si está solicitando únicamente **Asistencia Médica** y necesita cobertura para servicios de cuidado a largo plazo, tendrá que presentar comprobantes de sus recursos. Las mujeres embarazadas o las personas que solicitan el Programa de Beneficios de Planificación Familiar no tienen que informar acerca de sus recursos. Normalmente, las personas de diecinueve años de edad o menos no necesitan informar sobre sus recursos.

Si usted no solicita cobertura de servicios de cuidado a largo plazo, podrá informar sobre el monto de sus



recursos en lugar de tener que presentar pruebas. Cuando solicite o renueve los beneficios de Asistencia Médica le informarán si deberá presentar pruebas de sus recursos.

#### **4. RESPONSABILIDAD DE INSCRIBIRSE EN EL SISTEMA AUTOMATIZADO DE IMPRESIÓN DE HUELLAS DIGITALES (AFIS)**

Si usted solicita o recibe Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Temporal regular o de emergencia, deberá inscribirse en el Sistema Automatizado de Impresión de Huellas Digitales (AFIS), si es un adulto (de 18 años de edad o mayor) o si es jefe de familia. En cuanto al programa de Asistencia Médica, sólo los solicitantes / beneficiarios cuya tarjeta de identificación de Asistencia Médica tenga que tener fotografía, deberán inscribirse en el sistema AFIS. Este requisito no se aplica a los programas Family Health Plus o el Programa de Beneficios de Planificación Familiar. Por lo general ello aplica a los solicitantes o beneficiarios de Medicaid solamente, todas las personas de 18 años de edad o mayor cuya tarjeta de identificación tenga que tener fotografía, deberán inscribirse en el sistema AFIS. Sin embargo, existen excepciones específicas

a esta norma, y pueden variar según el condado en el que viva. Si tiene preguntas sobre si debe inscribirse en el sistema AFIS o no, comuníquese con el departamento local de servicios sociales de su condado y averigüe si este requisito se aplica a su situación específica.

## **5. RESPONSABILIDAD DE INFORMAR LOS CAMBIOS**

### **Información general sobre cambios**

Si su situación cambia de alguna manera mientras espera la respuesta a su solicitud, deberá informar a su trabajador(a) de casos lo antes posible.

- Usted debe informar a su trabajador(a) de casos inmediatamente todo cambio que se produzca en su situación, como por ejemplo ingreso, empleo, situación de vivienda, o arreglos para el cuidado de niños, u otros cambios que puedan afectar el mantenimiento de su habilitación o el monto de sus beneficios.

En cuanto a Asistencia Temporal, usted deberá informar todo cambio en circunstancias dentro de los **10** días haberse dado dicho cambio. Existe **una sola** excepción. Si recibe asistencia temporal para un

menor y sabe que el menor estará ausente del hogar durante 45 días o más, deberá informar el cambio dentro de los **5** días de saber que el menor estará ausente durante ese tiempo. Estos plazos para informar cambios deberán cumplirse, aún cuando reciba otros beneficios, como Cupones para Alimentos y Medicaid, y dichos programas estipulen otros plazos. **Esto es muy importante en cuanto a Asistencia Temporal ya que el hecho de no informar los cambios podría afectar su habilitación en curso.**

Deberá informar a la agencia todo cambio, incluso – sin carácter limitativo– cualquier cambio producido en sus necesidades (por ejemplo, si aumenta o disminuye el monto del alquiler), ingresos, recursos, arreglos de vivienda, residencia, domicilio, tamaño del hogar, empleo, situación de salud, nuevos datos sobre el padre ausente de su hijo, un seguro de salud que cubre a usted o a su hijo, situación inmigratoria o de ciudadanía, o embarazo. Si no está seguro de si debe informar un cambio o no, **INFÓRMELO.**

Si está recibiendo únicamente Beneficios de Cupones para Alimentos y no le han indicado que usted debe presentarse a la cita de control cada 6 meses, deberá

informar los siguientes cambios dentro de 10 días de ocurrido:

- Cambios en las fuentes de ingresos de cualquier miembro de su hogar.
- Cambios en el total de ingresos provenientes del trabajo de su hogar cuando aumenten o disminuyan en más de \$100 por mes.
- Cambios en el total de ingresos no provenientes del trabajo de su hogar cuando aumenten o disminuyan en más de \$25 por mes, si estos provienen de una fuente **pública** (tales como Beneficios de Seguro Social, Beneficios de Seguro de Desempleo [UIB], etc.).

Página Original 24

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

- Cambios en el total de ingresos no devengados de su hogar cuando aumenten o disminuyan en más de \$100 por mes, si estos provienen de una fuente **privada** (tales como pagos de Sustento de Menores, pagos de Seguro Privado de Incapacidad, etc.).
- Cambios de \$100 o más en pagos de Sustento de Menores por orden judicial para un niño que no

pertenezca al hogar que recibe Beneficios de Cupones para Alimentos.

- Cambios en la cantidad de integrantes del hogar
- Su nueva dirección, si se muda.
- Un automóvil nuevo o diferente, u otro vehículo.
- Un cambio en sus gastos de alquiler o hipoteca.
- Aumentos en el efectivo de su hogar o en las acciones, bonos, dinero en las cuentas bancarias o instituciones de ahorro, si el total del efectivo y los ahorros de todos los miembros de su hogar ahora es de \$2,000 ó más (\$3,000 ó más si un miembro de su hogar está incapacitado o tiene de 60 años de edad o más).

Cada vez que informe un cambio, deberemos determinar cómo afecta su habilitación. Algunas veces, un cambio tal como el nacimiento de un bebé o el aumento del alquiler podría significar un aumento del dinero o ayuda que usted recibe. Sin embargo, un cambio tal como el hecho de que una persona abandone el hogar de forma permanente, empezar un nuevo trabajo o recibir mayores ingresos, puede significar que recibirá menos ayuda.

Si está recibiendo Asistencia Temporal, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, y no

está obligado a presentar Informes trimestrales ni a presentarse a una cita de control cada 6 meses como beneficiario de Cupones para Alimentos, debe informar todos los cambios a su trabajador(a) de casos dentro de 10 días y proporcionarle una prueba del cambio (como por ejemplo talones de cheque de pago, carta de adjudicación, carta del propietario de la vivienda). Si usted no informa un cambio, como por ejemplo, un aumento de los ingresos, que podría significar que usted está recibiendo dinero o ayuda de más, probablemente tenga que devolverlo. También podría significar una acción legal en su contra. Además, es posible que usted no pueda obtener Asistencia Temporal ni Cupones para Alimentos durante un determinado período de tiempo.

Si usted recibe Beneficios de Cupones para Alimentos y debe cumplir con los requisitos de trabajo para Adultos Habilitados para Trabajar sin Dependientes (ABAWDS, por sus siglas en inglés), deberá informar cuando su participación laboral u otra actividad de trabajo se reduzca a menos de 80 horas mensuales.

Salvo que usted tenga que presentarse cada 6 meses a la cita de control del programa de Beneficios de

Cupones para Alimentos, deberá informar los siguientes cambios dentro de los 10 días de producidos:

- Usted consigue un empleo o pierde un empleo o cambia su horario de trabajo.
- Cambia la cantidad de integrantes de su hogar. Por ejemplo:
  - Regreso al hogar del padre / madre que no tiene la custodia del niño.
  - Un niño abandona el hogar o regresa al hogar.
- Usted está embarazada o acaba de tener un bebé.
- Cambian sus ingresos u horario real de trabajo.
- Usted empieza a percibir otros ingresos o deja de recibirlos, como por ejemplo:
  - Beneficios del Seguro Social o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
  - Sustento de Menores, alimentos o dinero del padre / madre que no tiene la custodia o del cónyuge
  - Beneficios de Seguro de Desempleo (UIB, por sus siglas en inglés)
  - Pensiones o beneficios de retiro.

- Seguro de compensación laboral o dinero recibido por una demanda por accidente
- Dinero recibido de otra persona por el alquiler de una habitación de su casa, huésped o por el alquiler de una casa o un apartamento a otra persona.
- Devoluciones de impuestos.
- Crédito fiscal por ingresos provenientes del trabajo (EITC, por sus siglas en inglés) (únicamente para beneficiarios de Cupones para Alimentos).
- Cualquier otro dinero que usted reciba de su empleo o de otras fuentes.
- Cambia su dirección, el monto del alquiler o comienza a recibir más ayuda para pagar su vivienda, como por ejemplo un subsidio del gobierno.
- Una persona menor de 18 años de edad abandona la escuela (no es obligatorio si usted solo solicita los beneficios de Asistencia Médica).
- Una persona de 16 años de edad o más que integra su hogar abandona la escuela (no es obligatorio si usted solo solicita los beneficios de Asistencia Médica).



- Un adulto del hogar es internado en el hospital, se enferma o tiene una condición médica que le impide trabajar, participar en actividades de empleo o cuidar de los niños de su hogar (no es obligatorio si usted solo solicita los beneficios de Asistencia Médica).
- Recibe algún dato sobre el padre o madre que no tiene la custodia del niño, por ejemplo, dónde está la persona (salvo que usted sea beneficiario del Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores con Incapacidades).
- Usted se casa, se separa o se divorcia.
- Usted o los demás miembros de su hogar obtienen seguro de salud, aunque sea otra persona quien lo pague. Si está solicitando solamente Beneficios de Cupones para Alimentos, no necesita informar este cambio.
- Usted u otra persona que viva con usted recibe una propiedad.
- Usted u otra persona que viva con usted transfiere propiedades o dinero.

- Usted u otra persona que viva con usted resulta herida en un accidente, recibe tratamientos médicos pagados por Asistencia Médica e inicia un juicio en contra de la persona que causó el accidente.
- Un menor estará ausente del hogar durante 45 días consecutivos o más o 30 días para Asistencia Médica.

### **Requisito de informar el pago de una suma global**

El pago de una suma global es un pago único, tal como la liquidación de un seguro, un beneficio mensual retroactivo acumulado, una herencia o un premio de la lotería o apuestas que, combinado con su ingreso mensual registrable, supera sus necesidades mensuales de Asistencia Temporal (es decir, se registra el subsidio de Asistencia Temporal antes de ingresos). Cuando el pago único es pequeño, es decir, cuando combinado con su ingreso mensual registrable, es menor que sus necesidades mensuales de Asistencia Temporal (se registra el subsidio de Asistencia Temporal antes de ingresos) no se considera una suma global; se lo considera como ingreso. Si usted u otro miembro de su hogar obtiene o espera obtener el pago de una suma global,

deberá informar **inmediatamente** a su trabajador(a) de casos. Si recibe el pago de una suma global y está recibiendo Asistencia Temporal, es posible que su subsidio se vea afectado de este modo:

1. Si usted recibe el pago de una suma global, es posible que pueda conservar esa parte de la suma global, que junto con sus recursos registrables, no superen el límite de los recursos. Esto se conoce como reserva de recursos. El límite de los recursos es \$2,000 para una persona o familia o \$3,000 si la persona tiene 60 años o más de edad o en la familia hay una persona que tiene 60 años de edad o más.
2. Si el monto restante (lo que excede el nivel de recursos) es **menor al monto** de las necesidades mensuales de Asistencia Temporal (es decir se registra el subsidio de TA antes de ingresos), esto es el resto del pago de la suma global y se registrará como ingreso correspondiente al mes en el que lo recibe. Asegúrese de leer las **Excepciones** que figuran a continuación.
3. Si el monto remanente es **mayor que** sus necesidades mensuales de Asistencia Temporal, deberá elegir una de las siguientes opciones:

## Opción 1

- **ENTREGAR** el pago de la suma global al departamento local de servicios sociales para devolver el dinero y la ayuda que obtuvo anteriormente.
- Si el pago de la suma global es menor que la asistencia que recibió anteriormente, su caso podrá permanecer abierto.
- Si el pago de la suma global es mayor que la asistencia que recibió anteriormente, se aplican las reglas de la siguiente sección titulada “**Conservar**”.

## Opción 2

**CONSERVAR** el pago de la suma global o el saldo del pago de esa suma. Su caso de Asistencia Temporal quedará cerrado por un período de tiempo. El plazo durante el cual su caso estará cerrado depende de cuánto es el dinero correspondiente al pago global y cuáles son sus necesidades de Asistencia Temporal.

**EJEMPLO:** Si usted recibe \$4,750 en una suma global y tenía un ingreso de \$250 con un total de \$5,000, y tiene \$500 en recursos registrables,

puede conservar \$1,500 (límite de recursos de \$2,000 -\$500 en recursos). Ese es el límite de recursos que se reserva. Si no entrega el resto (\$3,500) a la agencia, se utilizará para calcular durante cuánto tiempo no puede recibir beneficios de Asistencia Temporal. Si su necesidad mensual de Asistencia Temporal es de \$500, su hogar no podrá recibir Asistencia Temporal durante 7 meses (\$3,500 dividido por \$500 = 7 meses).

Asegúrese de leer las Excepciones que figuran a continuación.

**NOTA:** si usted recibe beneficios de cuidado de niños, algunos pagos de sumas globales afectarán su habilitación para recibir cuidado de niños o el monto de sus beneficios de cuidado de niños. Deberá informar inmediatamente a su

Página Original 26

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

trabajador(a) de casos sobre cualquier pago de una suma global.

## **EXCEPCIONES**

Usted y toda persona que esté incluida en su caso durante el mes en el cual obtuvo la suma global no podrán obtener Asistencia Temporal durante un tiempo determinado, aunque hayan gastado ese pago global, a **menos** que ese tiempo se acorte por alguna de las siguientes razones:

- Dentro de los noventa días de recibida la suma global, nos pueda demostrar que usó parte o la totalidad de dicha suma global:
  - para comprar un automóvil que esté exento del límite de recursos de Asistencia Temporal y sea necesario para buscar o conservar el empleo o para viajar por razones de trabajo (máximo \$9,300, o más según determine el departamento local de servicios sociales);
  - para abrir una o más cuentas bancarias que estén exentas del límite de recursos de Asistencia Temporal como una cuenta para un primer automóvil o automóvil de reemplazo con el fin de comprar un automóvil para buscar o conservar el empleo (máximo en cuenta \$4,650), o una cuenta para gastos de universidad a los efectos de pagar la matrícula en una institución

educativa universitaria (máximo en cuenta \$1,400);

- para comprar una parcela en un cementerio que esté exenta del límite de recursos de Asistencia Temporal; o
- para adquirir un contrato de buena fe con una empresa funeraria (máximo en cuenta \$1,500) que esté exento del límite de recursos de Asistencia Temporal.

Si usted utiliza el resto de la suma global dentro de los 90 días de recibida y nos demuestra que el resto se utilizó para uno o varios de estos recursos exentos, reabriremos su caso a partir de la fecha en que fuera cerrado si usted vuelve a solicitar el beneficio y reúne los demás requisitos. Si tiene más preguntas sobre el uso de la suma global para estos recursos exentos, consulte a su trabajador(a) de casos antes de tomar ninguna determinación con el dinero.

**Nota:** si el departamento local de servicios sociales determina que usted no ha hecho uso de ninguno de estos recursos exentos (reservas) a los fines que fueron creados (es decir, usted después cierra las cuentas o retira los fondos y no los usa para los fines

para los que se crearon las reservas, o dispone del lote para el sepelio o del contrato de funeral) el departamento local de servicios sociales podrá calcular el pago en exceso de la ayuda otorgada.

- Ocurre algo que haga que su Asistencia Temporal aumente si aún la estuviese recibiendo. Por ejemplo: aumenta el alquiler o tiene una necesidad especial, como un embarazo.
- Una parte o toda la suma global se utiliza para un fin que usted no puede evitar. Algunos ejemplos son los siguientes: su familia enfrenta una emergencia, usted tiene gastos familiares inusualmente altos tales como combustible o vivienda, o le roban el dinero.
- Durante el tiempo en el que usted no es elegible para recibir Asistencia Temporal, un miembro de su familia obtiene y paga cuidados médicos que hubiesen estado cubiertos por el Programa de Asistencia Médica.

Si su departamento local de servicios sociales descubre que usted tiene bienes registrables, o que es posible que usted reciba el pago de una suma global, podrá realizar un embargo sobre estos bienes o sobre el pago de la suma global. Esto quiere decir



que antes de que usted reciba dinero por el pago de una propiedad o por el pago de una suma global, su departamento local de servicios sociales podrá tomar el importe de Asistencia Temporal que usted, su cónyuge o sus niños, incluyendo sus hijastros(as) hayan recibido. Los embargos también se pueden realizar sobre los pagos por daños personales o sobre las propiedades que usted posea. Las propiedades incluyen la casa que usted posee y habita, así como otras propiedades que usted posea.

Si usted recibe Beneficios de Cupones para Alimentos y recibe el pago de una suma global que no se repetirá, ésta se contará como un recurso a partir del mes en que se recibió y no se contará como ingreso.

Si usted recibe Asistencia Médica, el pago de una suma global puede afectar su habilitación. Deberá informar inmediatamente a su trabajador(a) de casos sobre cualquier pago de una suma global.

## **6. RESPONSABILIDAD EN CUANTO A SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN COMÚN DE BENEFICIOS (CBIC)**

Para tener acceso al dinero en efectivo de Asistencia Temporal o a los Beneficios de Cupones para Alimentos, usted necesitará tener una Tarjeta de Identificación Común de Beneficios (CBIC, por sus siglas en inglés) y un Número de Identificación Personal (PIN, por sus siglas en inglés). Su tarjeta CBIC y su número de PIN serán como su firma cuando acceda a sus beneficios.

Usted tiene la responsabilidad de tener presente los saldos de sus cuentas. Si sospecha que alguien ha tenido acceso a sus cuentas sin su conocimiento, deberá comunicarse con la línea directa de Servicios al Cliente de EBT para desactivar su CBIC. Después, deberá ponerse en contacto con su trabajador(a) de casos para recibir una tarjeta de reemplazo.

Pagina Original 27

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

Usted será responsable de los beneficios en Efectivo y Cupones para Alimentos a los que se acceda utilizando su CBIC y su PIN. Si otra persona utiliza su Tarjeta de Identificación Común de Beneficios (CBIC) y su PIN para tener acceso a su cuenta, no se le

repondrán los beneficios aunque usted declare que no recibió esos beneficios.

Es su responsabilidad el no revelar su Número de Identificación Personal (PIN). **NO** divulgue su número PIN a nadie, **NI** lo escriba en su tarjeta CBIC. No revele nunca su número de PIN, aunque la persona diga que pertenece al departamento local de servicios sociales y que necesita la información. **NADIE DEL departamento local de servicios sociales LE VA A PEDIR NUNCA SU NÚMERO DE PIN.**

Si pierde, le roban o se daña su Tarjeta de Identificación Común de Beneficios (CBIC), llame al Servicio al Cliente, al número 1-888-328-6399. Para que le reemplacen la tarjeta debe llamar a su trabajador(a) de casos. El uso indebido o abuso de su tarjeta, como por ejemplo el venderla, puede tener como resultado una investigación por parte de las autoridades federales y/o del Estado. Las faltas comprobadas darán como resultado sanciones, incluyendo:

- Eliminación del Programa, y/o
- Recuperación mediante recobro / restitución; y/o
- Enjuiciamiento

Si usted ha olvidado su Número de Identificación Personal (PIN), deberá llamar al Servicio al Cliente, al número 1-888-328-6399 para elegir un nuevo PIN. También podrá elegir un nuevo PIN si concurre personalmente a su departamento local de servicios sociales o puede solicitar a su trabajador(a) de casos que el contratista de la Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) le envíe por correo su número de PIN actual.

También necesitará mostrar su tarjeta CBIC para tener acceso a los servicios de Asistencia Médica. Para tener acceso a los servicios de Family Health Plus, utilice la tarjeta que le ha enviado el plan de salud que usted ha elegido.

## **7. RESPONSABILIDAD SOBRE EL ACCESO A SUS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS**

**Si usted recibe Beneficios de Cupones para Alimentos por medio de una Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT):**

Si usted ha sido autorizado para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos, sus beneficios serán incluidos en su Cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios de Cupones para Alimentos en la

misma fecha todos los meses. Si no usa su cuenta EBT de Beneficios de Cupones para Alimentos durante 365 días consecutivos, la cuenta podrá ser eliminada. Eso significa que los Beneficios de Cupones para Alimentos que han estado disponibles en su cuenta durante 365 días por lo menos serán eliminados (retirados). Los Beneficios de Cupones para Alimentos que hayan sido eliminados no serán reemplazados.

## **8. RESPONSABILIDAD DE DEVOLVER LOS PAGOS EN EXCESO DE BENEFICIOS**

### **Beneficiarios de Asistencia Temporal:**

Si usted recibe más Asistencia Temporal de lo que le corresponde (pago en exceso), deberá devolverla. Si su caso está activo, tomaremos la cantidad del pago en exceso de los beneficios de Asistencia Temporal que obtenga en el futuro. Si su caso de Asistencia Temporal se cierra, el departamento local de servicios sociales se pondrá en contacto con usted para convenir la devolución del dinero que debe.

### **Asistencia Médica**

Es posible que deban ser reintegrados todos los pagos de Asistencia Médica realizados por servicios

que usted recibió o primas pagadas por sus beneficios durante un período de tiempo en el que no era elegible para recibir Asistencia Médica. El departamento local de servicios sociales se pondrá en contacto con usted para convenir la devolución del dinero que debe.

### **Beneficios de Cupones para Alimentos:**

Si usted recibe más Beneficios de Cupones para Alimentos de los que le corresponde (pago en exceso), deberá devolverlos. Si su caso está activo, recuperaremos el monto del pago en exceso de Beneficios de Cupones para Alimentos de los beneficios que obtenga en el futuro. Si su caso está cerrado, deberá devolver el pago en exceso con los Beneficios de Cupones para Alimentos que queden en su cuenta o podrá pagarlo en efectivo.

Si usted ha recibido un pago excesivo que no reintegró, se requerirá su devolución de diferentes maneras, incluyendo el cobro automático por parte del gobierno federal. Para recuperar el pago en exceso, se podrán retener los beneficios del gobierno federal (como el Seguro Social) y los créditos fiscales que usted deba recibir. La deuda además generará gastos administrativos.

Los Beneficios de Cupones para Alimentos eliminados serán compensados contra su pago en exceso. Si solicita nuevamente Beneficios de Cupones para Alimentos y no ha devuelto el pago en exceso que adeuda, sus Beneficios de Cupones para Alimentos se reducirán si comienza a obtenerlos nuevamente. Se le notificará en ese momento la cantidad de beneficios reducidos que recibirá.

Pagina Original 28

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

### **Beneficiarios de Cuidado de Niños:**

Si usted recibe más Beneficios de Cuidado de Niños de los que le corresponden, deberá devolverlos. Si su caso está activo, la parte de los gastos del cuidado del niño que le corresponde como padre o madre podrían aumentar, o la cantidad de beneficios por cuidado de niños podría verse reducida, hasta que usted pague lo que adeuda. Si su caso se cierra, igualmente deberá devolver la cantidad que debe o no será elegible cuando vuelva a solicitar el beneficio.

## **9. RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON EL EMPLEO**

### **Beneficiarios de Asistencia Temporal:**

Como solicitante o beneficiario de Asistencia Temporal, usted deberá:

- Buscar empleo constantemente, aunque no esté obligado a hacerlo y estar preparado para presentar pruebas de que ha estado buscando trabajo. Si necesita cuidado de niños para poder buscar empleo, deberá informar a su trabajador(a) de casos.
- Aceptar el empleo cuando encuentre uno disponible.
- Participar en una evaluación de su capacidad de trabajo y participar en asignaciones de actividades laborales.
- A menos que se determine que usted está exento de participar en actividades laborales, deberá participar en las mismas según la asignación de tareas que realice el departamento local de servicios sociales. También podrán exigirle que realice un examen médico o que presente una declaración médica para participar en una asignación de actividad laboral o para verificar que usted tiene una condición médica que le impide trabajar.



- Si se ha determinado que usted está exento de participar en actividades laborales, es posible que tenga que realizar tratamiento médico o aceptar otros servicios de empleo que le devuelvan su capacidad para trabajar. También podrán exigirle que asista a una reunión con el departamento local de servicios sociales y presente pruebas para determinar si continúa o no exento de los requerimientos laborales.
- Si usted tiene una dispensa temporal para no realizar actividades de empleo debido a violencia doméstica, usted deberá fijar una cita con un representante del servicio de violencia doméstica antes de que finalice el período de dispensa para determinar si continúa siendo elegible para la dispensa.

**Si usted no cumple con los requisitos mencionados arriba, se le podrá negar la Asistencia Temporal a usted o a otros miembros de su hogar, o se podrán reducir los beneficios de Asistencia Temporal de su hogar.**

Se lo considerará capaz de trabajar y deberá participar en actividades laborales, salvo que el

departamento local de servicios sociales determine que usted:

1. Está discapacitado, incapacitado, enfermo o lesionado a tal punto que la situación le impide realizar tareas laborales;
2. Es menor de dieciséis años de edad o mayor de sesenta años de edad;
3. Tiene menos de diecinueve años de edad y asiste a tiempo completo a una escuela secundaria, vocacional o técnica;
4. Es necesario en su hogar para cuidar a un miembro enfermo o incapacitado y usted sea la única persona que puede brindar esos cuidados razonablemente;
5. Está embarazada y espera tener al bebé dentro de los próximos treinta días;
6. Es necesario en su hogar para cuidar a un niño menor de doce meses de edad. Esta exención no durará más de tres meses luego del nacimiento del bebé a menos que el departamento local de servicios sociales decida extender la exención hasta un máximo de doce meses en su vida;
7. No puede participar debido a la falta de cuidado de niños.

8. No puede participar y tenga una dispensa de los requerimientos de empleo debido a una situación de violencia doméstica otorgada por un representante del servicio de violencia doméstica.

**Sanciones por incumplimiento de una asignación laboral de Asistencia Temporal:**

Si usted no está exento de participar en actividades laborales y no cumple con los requisitos mencionados arriba, se le podrá negar la Asistencia Temporal a usted o a los miembros de su hogar, o se podrán reducir los beneficios de Asistencia Temporal que su hogar recibe. El plazo durante el cual se le reducirán los beneficios depende de si en su hogar hay un niño dependiente y de la cantidad de veces que usted no ha cumplido.

Para un hogar con niños dependientes, el subsidio se reducirá de la siguiente forma:

- ante el primer incumplimiento - hasta que usted cumpla,
- ante el segundo incumplimiento - por lo menos por tres meses y hasta que usted cumpla,

- ante el tercer incumplimiento e incumplimientos subsiguientes - por lo menos seis meses y hasta que usted cumpla.

Página Original 29

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

Para un hogar sin niños dependientes, el subsidio se reducirá de la siguiente forma:

- ante el primer incumplimiento - por lo menos 90 días y hasta que usted cumpla,
- ante el segundo incumplimiento - por lo menos 150 días y hasta que usted cumpla,
- ante el tercer incumplimiento e incumplimientos subsiguientes - por lo menos por 180 días y hasta que usted cumpla.

Si el departamento local de servicios sociales determina que usted ha efectuado intencionalmente falsas declaraciones para demostrar que tiene un impedimento que limita su capacidad para participar en actividades laborales, su subsidio de Asistencia Temporal podrá reducirse durante un tiempo determinado. Si usted es sancionado por esta razón, la sanción continuará hasta que usted esté dispuesto a cumplir con sus requerimientos de empleo y no

efectúe intencionalmente falsas declaraciones de que sufre algún impedimento. El hecho de que la evidencia médica no demuestre sus declaraciones con relación a un impedimento no es de por sí una indicación de que será sancionado.

### **Beneficios de Cupones para Alimentos:**

A menos de que usted esté exento de cumplir con los requisitos de inscripción para trabajar, como solicitante o beneficiario de Cupones para Alimentos, usted deberá:

- Aceptar un empleo o la recomendación para un empleo existente o posible;
- participar en una evaluación para determinar su capacidad para trabajar;
- proporcionar información sobre su situación laboral y su disponibilidad para trabajar;
- participar en asignaciones de actividades laborales.

**Si usted no cumple con los requisitos anteriores, podrá perder sus Beneficios de Cupones para Alimentos.**

Se lo considerará apto para trabajar y con la obligación de cumplir con los requisitos de búsqueda

de trabajo, salvo que el oficial de servicios sociales determine que usted:

- Es menor de 16 años de edad o mayor de 60 años de edad;
- está física o mentalmente discapacitado, incapacitado, enfermo o lesionado tal punto que la situación le impida realizar tareas laborales;
- Debe cumplir y cumple con los requisitos laborales de Asistencia Temporal con fondos federales (TANF, por sus siglas en inglés). Si usted está participando en un programa de trabajo de TANF, no corresponderá la aplicación de la exención de los requisitos de trabajo de los Beneficios de Cupones para Alimentos;
- es responsable del cuidado de un niño dependiente menor de seis años de edad. Si usted está participando en un programa de trabajo de TANF, no corresponderá la aplicación de la exención de los requisitos de trabajo de los Beneficios de Cupones para Alimentos;
- es responsable del cuidado de una persona incapacitada;
- es solicitante o recibe Beneficios de Seguro de Desempleo y se le exige registrarse para trabajar

- como parte del proceso de compensación por desempleo;
- participa regularmente en un programa de tratamiento y rehabilitación por abuso de drogas o alcohol y el departamento local de servicios sociales determina que usted no está capacitado para trabajar o que no es posible asignarle actividades laborales;
  - es un estudiante inscrito por lo menos a medio tiempo en una escuela reconocida, un programa de capacitación o una institución de educación superior;
  - es solicitante de Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés) y Beneficios de Cupones para Alimentos amparado por las disposiciones de procesamiento conjunto de programas hasta que se determine si usted es elegible para recibir Ingreso Suplementario de Seguro Social y por lo tanto, exento de inscribirse para trabajar, o se determine que no satisface los requisitos para recibir SSI; o
  - tiene 16 ó 17 años de edad, no es jefe de familia y asiste a la escuela o a un programa de capacitación laboral por lo menos a medio tiempo.

**Sanciones por incumplimiento de una asignación laboral correspondiente a Beneficios de Cupones para Alimentos:**

Si usted no está exento de participar en actividades laborales y no cumple con los requisitos anteriores, podría perder sus Beneficios de Cupones para Alimentos. El plazo durante el cual perderá sus beneficios depende del número de veces en que no haya cumplido.

- Ante el primer incumplimiento - por lo menos por dos meses y hasta que usted cumpla.

Pagina Original 30

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

- Ante el segundo incumplimiento dentro de un período de tres años - por lo menos por cuatro meses y hasta que usted cumpla.
- Ante el tercer incumplimiento y los subsiguientes dentro de un período de tres años - por lo menos por seis meses y hasta que usted cumpla.

**Requisitos adicionales para personas que reciben Beneficios de Cupones para Alimentos y son**



## **Adultos Habilitados para Trabajar sin Dependientes (ABAWD)**

Si usted se ha inscrito en una búsqueda de trabajo, es posible que también tenga que cumplir con requisitos adicionales para poder recibir Beneficios de Cupones para Alimentos a menos que usted:

- Sea menor de 18 años o mayor de 50 años;
- esté embarazada;
- sea un adulto (inclusive el padre o la madre) que reside en un hogar que recibe Cupones para Alimentos en el que un integrante es menor de 18 años de edad;
- no pueda trabajar por lo menos durante 80 horas mensuales debido a una limitación física o mental.

Si usted se ha inscrito en una búsqueda de trabajo y no está exento por alguna de las tres razones anteriores, sólo podrá ser elegible para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos durante tres meses cada 36 meses, a menos que usted:

- Trabaje por lo menos 80 horas al mes; o
- participe en un programa laboral aprobado por el departamento local de servicios sociales, durante por lo menos 80 horas mensuales; o

- cumpla plenamente con la asignación laboral.

Si usted desea continuar recibiendo Beneficios de Cupones para Alimentos una vez alcanzado el límite de los tres meses, el departamento local de servicios sociales deberá poner a su disposición un trabajo que el departamento considere aceptable como parte de los requisitos o una oportunidad de capacitación.

Póngase en contacto con su trabajador(a) de casos para conversar sobre las oportunidades laborales o de capacitación disponibles.

Si usted ya no puede recibir Beneficios de Cupones para Alimentos por no haber cumplido los requisitos anteriores durante los tres meses o más durante los cuales recibió los Cupones para Alimentos, podrá comenzar a recibir Beneficios de Cupones para Alimentos nuevamente, si resultara apto por otro motivo, una vez que haya cumplido los requisitos durante un período de 30 días o que demuestre que lo hará dentro de los 30 días siguientes a la presentación de su solicitud para recibir estos beneficios. Se le exigirá entonces que continúe trabajando o participando en un programa laboral para continuar recibiendo los Beneficios de Cupones para Alimentos.

Una vez que usted recupere la habilitación para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos ya sea porque está trabajando o participando en un programa, si pierde su empleo o no puede participar en el programa que se le ha asignado, podría recibir Beneficios de Cupones para Alimentos por un periodo adicional de hasta tres meses en el mismo período de 36 meses sin trabajar ni participar en ningún programa laboral.

### **Asistencia Médica**

Para recibir Asistencia Médica no tiene que cumplir con requisitos de trabajo. Sin embargo, para poder acceder al Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores con Incapacidades, la persona deberá tener una actividad laboral.

## **10. RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE NIÑOS**

Es su responsabilidad **buscar y elegir** un proveedor de servicios de cuidado de niños. Deberá pagar puntualmente cualquier participación familiar en el costo de los servicios de cuidado de niños.

### **Para beneficiarios de Asistencia Temporal:**

Si necesita cuidado de niños para participar en actividades laborales y no puede conseguir un proveedor de cuidados de niños, usted deberá:

- Informar a su trabajador(a) de casos lo que ha hecho para conseguir un proveedor y solicitar ayuda para encontrar uno.
- Hacer un seguimiento de todas las sugerencias ofrecidas por su trabajador(a) de casos u otros programas que lo estén ayudando a conseguir un proveedor. Esto significa que usted deberá ponerse en contacto o visitar todos los proveedores de cuidados que le sugieran hasta que logre conseguir un proveedor que sea apropiado, accesible, adecuado y a su alcance.
- Si usted se ha puesto en contacto con todos los proveedores que le sugirieron y aún no ha podido elegir, deberá informar a su trabajador(a) de casos por escrito sobre qué proveedores del servicio ha contactado y cuándo y por qué no eligió ninguno. Sus motivos deben incluir alguno de los siguientes:

Página Original 31

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

-

- El proveedor no estaba disponible en los días u horarios en que usted lo necesitaba o no podía atender las necesidades especiales de su niño.
- No le fue posible llegar al proveedor en automóvil o usando transporte público.
- El proveedor no estaba situado a una “distancia razonable” de su hogar o lugar de actividad laboral. Cada departamento local de servicios sociales le da un significado diferente a “distancia razonable”. El departamento local de servicios sociales deberá informarle lo que se considera una distancia razonable en su distrito.
- Los amigos, familiares o vecinos que usted consideró o contactó no eran adecuados.
- Si usted demuestra que no le es posible localizar a un proveedor, su trabajador(a) de casos deberá ofrecerle la posibilidad de elegir entre dos proveedores. Por lo menos, una de las opciones deberá ser un proveedor de cuidados de niños con licencia o certificación del Estado de Nueva York o del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York. Usted deberá elegir uno de esos proveedores o demostrar por qué no son apropiados, accesibles, a su alcance o adecuados.

- Deberá continuar buscando un proveedor de servicios de cuidados de niños y hacer el seguimiento de todas las opciones durante el plazo en el cual se lo excuse de cumplir su actividad laboral.
- Si no puede demostrar su imposibilidad de encontrar un proveedor y que las dos opciones que le ofrecieron no eran apropiadas, accesibles, a su alcance o adecuadas, entonces su subsidio de Asistencia Temporal en efectivo se reducirá si no realiza su actividad laboral.

## **11. RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON SUSTENTO DE MENORES Y PENSIÓN CONYUGAL**

Como solicitante o beneficiario de Asistencia Temporal para recibir cuidado de niños, deberá cooperar con el departamento local de servicios sociales para establecer la paternidad y cobrar sustento de la siguiente forma:

### **COBRO DE SUSTENTO - ASISTENCIA TEMPORAL**

Al firmar la solicitud de beneficios de Asistencia Temporal y durante todo el período en que reciba Asistencia Temporal, usted cede a su departamento local de servicios sociales su derecho a recibir los

pagos de sustento que le deban a usted o a la persona por quien usted esté solicitando o recibiendo Asistencia Temporal.

Eso significa que mientras usted reciba Asistencia Temporal, el departamento local de servicios sociales tendrá derecho a recibir los pagos de sustento al día y vencidos (**atrasados**).

Aún si usted recibe directamente el pago de sustento sin una orden de sustento o paternidad, usted deberá informar de la existencia de este dinero al departamento local de servicios sociales.

Las cobranzas efectuadas se utilizarán para reintegrar al departamento local de servicios sociales la asistencia brindada a usted y a sus niños, excepto por el “pago traspasado” o el pago de sustento en exceso. **Vea “Sus derechos”, Sección 10 de este libro: “Derechos con relación a los pagos traspasados y pagos en exceso de Sustento de Menores - Asistencia Temporal”.**

Aunque su caso de Asistencia Temporal se cierre, algunas veces el departamento local de servicios sociales tendrá derecho a recibir los pagos vencidos (**atrasados**) de Sustento de Menores. Eso significa

que el departamento local de servicios sociales iniciará acciones legales para cobrar estos pagos.

Como solicitante o beneficiario de **Asistencia Temporal**, deberá colaborar con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores de su departamento local de servicios sociales, **a menos que** tenga una buena razón para no hacerlo. Si piensa que tiene una buena razón para no colaborar (**“motivo justificado”**), deberá informar a su departamento local de servicios sociales.

Su departamento local de servicios sociales aceptará su **“motivo justificado”** si:

- Su colaboración con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores puede causarle daños físicos o emocionales a usted o a sus niños;
- su niño proviene de un embarazo por incesto o violación;
- usted está trabajando con una agencia de adopciones autorizada para dar a su hijo en adopción.

Le solicitarán que dé toda la información y/o documentación posible acerca de su ex -cónyuge, o el padre o madre del niño, tal como el número de



Seguro Social de esa persona, fecha de nacimiento, dirección, nombre y dirección del empleador y cualquier información judicial en relación con acciones legales para determinar la paternidad o para reclamar sustento. Esa información será utilizada para:

- establecer la paternidad de cada niño nacido fuera del matrimonio;
- obtener Sustento de Menores del padre o madre que no tiene la custodia, para cada niño hasta que cumpla los 21 años de edad;

Página Original 32

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

- hacer que sus pagos de Sustento de Menores sean cedidos a la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores del departamento local de servicios sociales.

También se le exigirá que se presente, si es necesario, en la oficina de Sustento de Menores para brindar información o documentación y en cualquier juicio que se lleve a cabo. Si usted considera que el cumplimiento de cualquiera de estos requisitos pondrá a usted o a su hijo en riesgo de violencia

doméstica, es posible que usted pueda acceder a una dispensa provisoria para eximirse de estas exigencias. Para obtener una dispensa, deberá completar un formulario de detección de violencia doméstica o informar a su trabajador(a) de casos que desea mantener una entrevista de evaluación con un representante del servicio de violencia doméstica.

Si usted no colabora con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores, y no tiene un “motivo justificado” para no hacerlo, su subsidio de Asistencia Temporal será reducido en un 25% por cada incumplimiento, y la Asistencia Temporal destinada a sus niños podría pagársele a otra persona denominada “**beneficiario protector**”.

Si usted no está de acuerdo con alguna de las acciones de su departamento local de servicios sociales, puede solicitar una Conferencia o una Audiencia Imparcial, (vea “**Sus Derechos**”, **Sección 5 de este libro, “Conferencia y Audiencia Imparcial”**).

**COOPERACIÓN CON SUSTENTO DE MENORES – NO ES OBLIGATORIO PARA RECIBIR AYUDA PARA CUIDADO DE NIÑOS - BAJOS INGRESOS**

Procurar obtener Sustento de Menores no es un requisito necesario para recibir ayuda para el cuidado de niños. Sin embargo, determinar la paternidad y establecer la responsabilidad del Sustento de Menores de dichos padres que tienen los recursos financieros constituye una medida necesaria para lograr la autosuficiencia y seguridad económica de la familia. El Sustento de Menores es una fuente vital de ingresos para los hogares monoparentales en el Estado de Nueva York.

Después de los ingresos del padre que tiene la custodia, el Sustento de Menores es la segunda fuente de ingresos en importancia para las familias de bajos recursos. Obtener ingresos de Sustento de Menores y algún beneficio del seguro de salud para su hijo proveniente del padre ausente es importante para el bienestar de su familia.

Cada distrito local de servicios sociales tiene una Unidad de Ejecución de Sustento de Menores (CSEU) que le proporcionará ayuda para determinar la paternidad de su hijo. La CSEU le ayudará a presentar un pedido ante un tribunal de familia para obtener una orden de sustento que basa en las pautas de Sustento de Menores. El Sustento de

Menores puede cubrir algunos de los costos del cuidado de su hijo. Además, la CSEU se asegurará de que usted reciba los pagos de Sustento de Menores que le corresponden y le ayudará a presentar un pedido ante el tribunal de familia para que usted pueda cobrar el sustento adeudado. Si usted lo solicita, la CSEU revisará su orden de Sustento de Menores y si corresponde, solicitará el ajuste por costo de vida sobre el monto de Sustento de Menores.

Estos servicios están disponibles para usted independientemente de que el padre que no tiene la custodia viva en el Estado de Nueva York o no. Se le cobrará un arancel anual por servicios de \$25 cuando reciba los servicios de Sustento de Menores en un año si nunca ha recibido los beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas y Sustento de Menores recauda por lo menos un monto de \$500 para usted durante un período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.

## **REMISIÓN Y COBRO DE SUSTENTO DE MENORES – CUIDADO DE CRIANZA**

Si usted voluntariamente procura obtener cuidado de crianza para su hijo o su hijo ha sido retirado del

hogar y dado en cuidado de crianza y usted es el padre biológico, el padrastro o el padre adoptivo del niño, deberá cooperar con el distrito local de servicios sociales para que el distrito pueda determinar si existe alguna circunstancia que les impide remitirlo a usted a la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores del distrito local de servicios sociales. Si no existe dicha circunstancia, usted deberá colaborar para proporcionar la información solicitada, incluyendo información sobre el seguro de salud de terceros; deberá proporcionar toda la documentación necesaria y tiene la obligación legal de colaborar con el costo del cuidado de crianza de su hijo.

Circunstancias o condiciones que prohíben la remisión a Sustento de Menores:

1. Cuando el funcionario correspondiente de los servicios sociales determine que dicha derivación afectará de forma negativa la salud, seguridad o bienestar del niño en cuyo nombre se realizan los pagos o a otras personas del hogar del niño, o afectará en forma negativa la duración de los servicios de cuidado de crianza o dificultará las posibilidades del niño de regresar al hogar cuando sea dado de alta del cuidado de crianza.

2. Cuando la entrega de un niño nacido fuera del matrimonio realizada por el padre o madre de ese niño haya sido aceptada por el funcionario correspondiente de los servicios sociales, el padre que entrega al niño no deberá ser remitido a la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores del distrito de servicios sociales; o
3. En el caso de un cónyuge que no realiza la adopción, cuando el cónyuge que no realiza la adopción vive separado del cónyuge que realiza la adopción, en virtud de un acuerdo escrito de separación o cuando el cónyuge que no realiza la adopción ha estado separado del cónyuge que realiza la adopción por los menos durante los tres años anteriores al momento en que el cónyuge que realiza la adopción inicia el trámite de adopción.

Pagina Original 33

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

## **COLABORACIÓN CON SUSTENTO DE MENORES - ASISTENCIA MÉDICA**

Cuando usted desee obtener Asistencia Médica para usted y también para su hijo menor de 21 años de edad, y el otro progenitor del niño no viva con él y no

ayude con las facturas médicas del niño, usted deberá colaborar con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores de su departamento local de servicios sociales. Esto no es necesario si usted está embarazada, o está dentro de los dos meses siguientes al mes de finalización de su embarazo o si solamente solicita beneficios para el niño. Usted deberá colaborar con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores para tratar de obtener la ayuda del padre o madre que no tiene la custodia para que pague las facturas médicas de su niño y, si su niño ha nacido fuera del matrimonio, para establecer la paternidad.

Usted deberá procurar obtener el pago de los gastos médicos solamente. No es necesario que procure obtener ni que ceda al departamento local de servicios sociales sus derechos a recibir Sustento de Menores en efectivo del padre o madre que no tiene la custodia del niño. Si usted solicita Asistencia Médica para su hijo, la habilitación del niño no se verá afectada si usted no colabora para establecer la paternidad.

Usted deberá ceder su derecho a recibir dinero para cuentas médicas o seguro de salud a su

departamento local de servicios sociales. Deberá también colaborar con el departamento para obtener seguro de salud y dinero para facturas médicas de las personas legalmente responsables de usted y de sus hijos.

Como solicitante o beneficiario de Asistencia Médica, deberá colaborar con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores, **a menos** que tenga una buena razón para no hacerlo. Si piensa que tiene una buena razón para no colaborar (“**motivo justificado**”), deberá informar a su departamento local de servicios sociales. Su departamento local de servicios sociales aceptará su “**motivo justificado**” si:

- Su colaboración con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores puede causarle daños físicos o emocionales a usted o a sus niños;
- su niño proviene de un embarazo por incesto o violación; o
- usted está trabajando con una agencia de adopciones autorizada para dar a su hijo en adopción.

Le solicitarán que dé toda la información y/o documentación posible acerca del padre o madre del niño que no tiene la custodia, tal como el número de



Seguro Social de esa persona, la fecha de nacimiento, la dirección, el nombre y dirección del empleador y toda información judicial en relación con acciones legales de paternidad o Sustento de Menores.

Esa información será utilizada para:

- Establecer la paternidad de cada niño nacido fuera del matrimonio para el cual usted solicite u obtenga Asistencia Médica, cuando el niño tenga por lo menos dos meses de edad;
- obtener seguro de salud y dinero, del padre o madre que no tiene la custodia, para las facturas médicas de cada niño hasta que cumpla los 21 años de edad.

También se le exigirá que se presente, según sea necesario, en la oficina de Sustento de Menores para brindar información o documentación y en cualquier juicio que se lleve a cabo.

Si usted no colabora con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores, no podrá obtener Asistencia Médica para usted, a menos que tenga un “**motivo justificado**” para no cooperar o esté embarazada o

se encuentre dentro de los dos meses siguientes a la finalización de su embarazo.

## **PAGO DE SUSTENTO DE MENORES QUE NO SE TIENE EN CUENTA- ASISTENCIA MÉDICA**

En general, los primeros \$50.00 de Sustento de Menores actual que usted recibe todos los meses no se toman en cuenta cuando el departamento local de servicios sociales tiene que decidir si usted puede recibir Asistencia Médica. Cuando un niño es declarado oficialmente ciego o incapacitado, la tercera parte del pago de Sustento de Menores que el niño recibe de un padre ausente no se tiene en cuenta.

## **SU PROPIO SUSTENTO**

Usted está obligado a colaborar para obtener ayuda económica de un cónyuge ausente o, cuando corresponda, un ex –cónyuge para cubrir los gastos médicos. Se le exige que nos informe si su cónyuge o ex -cónyuge está, o podría estar, obligado a colaborar con el pago de sus facturas médicas o a proporcionarle un seguro médico. Debe hacerlo, salvo que usted esté embarazada, esté dentro de los dos meses posteriores al mes en el que finalizó su

embarazo o tenga un “**motivo justificado**” para no colaborar.

**Si usted no está de acuerdo con alguna de las acciones de su departamento local de servicios sociales con relación a su “motivo justificado” puede solicitar una Conferencia o una Audiencia Imparcial. Vea “Sus derechos”, en la Sección 5 “Conferencia y Audiencia Imparcial”.**

Página Original 34

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

## **12. RESPONSABILIDAD DE SOMETERSE A UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL USO DE ALCOHOL Y DROGAS PARA RECIBIR ASISTENCIA TEMPORAL**

Todos los solicitantes adultos y jefes de familia y beneficiarios de Asistencia Temporal deberán completar el cuestionario de la prueba para detectar el uso de alcohol o drogas. Después de completar el cuestionario, es posible que deba entrevistarse con un consejero profesional especializado en temas de alcoholismo y abuso de sustancias (CASAC, por sus siglas en inglés) para llevar a cabo una evaluación formal y determinar si usted tiene un problema de

alcoholismo o abuso de drogas. Una vez completada la evaluación, el departamento local de servicios sociales determinará el tratamiento, si fuese necesario. Si se determina que es necesario un programa de tratamiento, deberá firmar un formulario de consentimiento para la revelación de información sobre el tratamiento y deberá demostrar el cumplimiento del tratamiento a su departamento local de servicios sociales.

Si usted considera que cumplir con la evaluación o el tratamiento de alcoholismo o abuso de sustancias pondrá a usted o a su hijo en riesgo de violencia doméstica, es posible que usted pueda acceder a una dispensa provisoria para eximirse de estas exigencias. Para obtener una dispensa, deberá completar un formulario de detección de violencia doméstica o informar a su trabajador(a) de casos que desea mantener una entrevista de evaluación con un representante del servicio de violencia doméstica.

Si usted no participa en el proceso de análisis o evaluación o no cumple con el requisito de firmar el formulario de consentimiento para revelar información sobre el programa de tratamiento, no será elegible para Asistencia Temporal y se reducirá el subsidio de

Asistencia Temporal que recibe su familia. El programa de Asistencia Red de Seguridad le proporcionará beneficios a todos los miembros de su hogar que sí cumplan con los requisitos.

Si usted no:

- participa o completa el tratamiento necesario;
- presenta pruebas de cumplimiento del tratamiento;
- o
- asiste al programa de tratamiento que el distrito de servicios sociales considere adecuado para usted;

es posible que reciba sanciones que le impidan recibir Asistencia Temporal. Además, si abandona un programa residencial de tratamiento antes de completarlo, es posible que no reciba los subsidios para necesidades personales (PNA, por sus siglas en inglés) que se acumulan mientras usted está en tratamiento.

### **13. RESPONSABILIDAD DE PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POR ABUSO DE SUSTANCIAS PARA RECIBIR ASISTENCIA MÉDICA**

Algunos solicitantes y beneficiarios de Asistencia Médica tienen que cumplir con el requisito de la

detección, evaluación y tratamiento por el uso de alcohol y drogas. Los siguientes solicitantes y beneficiarios de Asistencia Médica deberán cumplir con este requisito relacionados con el uso de alcohol y drogas: toda persona entre 21 y 65 años de edad que no esté embarazada, toda persona declarada oficialmente ciega o incapacitada, el esposo o novio de una mujer embarazada que no tenga otros niños en el hogar, el padrastro o madrastra sin niños propios en el hogar cuando el padre o madre biológico también esté en el hogar; toda persona soltera o las parejas sin niños.

Las personas que soliciten o reciban los beneficios de Family Health Plus o el Programa de Beneficios de Planificación Familiar no están alcanzados por el requisito de participar en las pruebas para detectar el uso de alcohol o drogas.

#### **14. RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON EL USO DE PROVEEDORES DE ASISTENCIA MÉDICA**

**Antes** de recibir cuidados médicos debe asegurarse de que el médico, farmacéutico u otra persona de la que usted desee recibir ayuda esté de acuerdo en facturar a Asistencia Médica. No todos los

proveedores de servicios médicos aceptan Asistencia Médica.

Si usted necesita cuidados médicos después de solicitar Asistencia Médica pero antes de obtener su Tarjeta de Identificación Común de Beneficios (CBIC), deberá asegurarse de todos modos de que el proveedor acepte Asistencia Médica. Si usted necesita pagar una cuenta después de solicitar Asistencia Médica pero antes de obtener su tarjeta CBIC, sólo podremos pagar la cuenta si se determina que usted es elegible para recibir Asistencia Médica y que el proveedor de servicios acepta Asistencia Médica.

Cuando aprueben su solicitud para recibir Asistencia Médica, posiblemente pueda inscribirse en un plan de Cuidados Administrados de Medicaid. En algunos condados, es posible que tenga que incorporarse a un plan. Usted recibirá información del departamento local de servicios sociales para saber si tiene que incorporarse a un plan o no, y para saber cuáles son las opciones. Si usted desea seguir atendiéndose con un médico, deberá verificar si ese médico forma parte del plan de Cuidados Administrados de Medicaid que usted tiene. Cuando se inscriba en un plan de

Cuidados Administrados de Medicaid, recibirá una tarjeta de seguro médico de su plan.

Debe utilizar su tarjeta CBIC para tener acceso a sus Beneficios de Asistencia Médica. Aún si se inscribe en un plan de Cuidados Administrados de Medicaid, deberá usar su tarjeta CBIC para algunos servicios tales como farmacia. Es importante que use su tarjeta CBIC de forma responsable cuando la use para recibir atención médica.

Página Original 35

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

Si usted es elegible para el programa Family Health Plus, deberá recibir todos sus cuidados de salud del plan de Cuidados Administrados que usted eligió. Si usted recibe otra tarjeta del plan de salud para los servicios de planificación familiar, tendrá que usar esa tarjeta solamente para planificación familiar.

Si abusa de las prestaciones de Asistencia Médica, lo incluirán en el **Programa de Beneficios Restringidos (RRP, por sus siglas en inglés)**. Este programa limita el número de proveedores de Asistencia Médica de los cuales puede recibir cuidados médicos, a menos que tenga una



emergencia. Un proveedor de Asistencia Médica es una persona o institución que proporciona cuidados médicos. Algunas razones por las cuales se podrían restringir sus opciones de proveedores de Asistencia Médica son:

- Usted está recibiendo atención médica de varios médicos por el mismo problema.
- Usted está recibiendo más atención médica de la que necesita.
- Usted está utilizando las medicinas que le prescriben en una forma que puede resultar peligrosa para su salud.

Si usted forma parte del **Programa de Beneficios Restringidos**, podrá solicitar el cambio de su proveedor único de Asistencia Médica cada tres meses o antes si tiene una buena razón.

Algunas buenas razones son las siguientes:

- Usted o su proveedor de Asistencia Médica se mudan y le es difícil llegar al consultorio de su proveedor.
- Su proveedor de Asistencia Médica ya no acepta planes de Asistencia Médica.

- Su proveedor de Asistencia Médica ya no desea atenderlo.

La primera vez que abuse de Asistencia Médica, será asignado a un proveedor de Asistencia Médica por dos años. Si abusa una segunda vez, quedará restringido durante un nuevo período de tres años. Si vuelve a abusar de Asistencia Médica, quedará restringido por seis años.

## **15. RESPONSABILIDADES DE RECERTIFICACIÓN**

Las normas federales y del Estado requieren la revisión de su caso para comprobar si usted recibe toda la ayuda que debe recibir. Esta revisión se conoce como Recertificación o Renovación.

Para determinar si sus circunstancias han cambiado se le harán muchas de las mismas preguntas que usted ya respondió. Si tiene dudas o problemas para completar cualquiera de los formularios, solicite ayuda.

Si falta a una entrevista obligatoria sin informarle el motivo a su trabajador(a) de casos, se podrá cerrar su caso. Por lo tanto, asegúrese de informar la razón a su trabajador(a) de casos. Si tiene una buena razón, no se cerrará su caso. Un ejemplo de una

buena razón es que estuviese enfermo el día de la entrevista. Debe cumplir con todos los requisitos de recertificación para seguir recibiendo ayuda. Como parte de los requisitos, si le piden que proporcione determinados comprobantes o pruebas, deberá hacerlo dentro de los diez días o le disminuirán o interrumpirán los beneficios.

No tendrá que concurrir a una entrevista personal para renovar su caso de Asistencia Médica o Asistencia para Cuidado de Niños. Las personas que reciben Asistencia Médica solamente o Asistencia para Cuidado de Niños solamente recibirán un paquete de renovación por correo con las instrucciones para completar el formulario de renovación y enviarlo al departamento local de servicios sociales. Si usted recibe Beneficios de Cupones para Alimentos y Asistencia Médica o Cupones para Alimentos y Asistencia para Cuidado de Niños, es posible que la entrevista para el programa de Cupones para Alimentos también sirva para renovar Medicaid o para renovar el programa de Asistencia para Cuidado de Niños.

## **16. RESPONSABILIDADES DE UN PADRE O MADRE MENOR DE EDAD QUE SOLICITA O RECIBE ASISTENCIA TEMPORAL**

Si usted tiene menos de 18 años de edad y es padre o madre, no está casado(a) y está a cargo de su hijo y no tiene hijos menores de doce semanas, usted debe estar estudiando para obtener el título secundario o equivalente (si no ha terminado la escuela secundaria) o participando en un programa educativo aprobado por su trabajador(a) de casos.

Si usted considera que el cumplimiento de cualquiera de estos requisitos educativos puede poner a usted o a su hijo en riesgo de violencia doméstica, es posible que pueda acceder a una dispensa provisoria para eximirse de estas exigencias. Para obtener una dispensa, deberá completar un formulario de detección de violencia doméstica o informar a su trabajador(a) de casos que desea mantener una entrevista de evaluación con un representante del servicio de violencia doméstica.

Si está embarazada y es menor de 18 de edad, o es padre o madre menor de 18 años de edad y no está casado(a), debe vivir con uno de los padres, protector legal u otro familiar. Si su trabajador(a) de casos

determina que esto no es posible o que no es lo más conveniente para su hijo, el departamento local de servicios sociales decidirá si su actual situación de vivienda es adecuada. Si no lo es, el departamento local de servicios sociales le brindará ayuda para conseguir la mejor situación de vivienda posible.

Estas reglas no se aplican a la Asistencia Médica.

Página Original 36

---

LDSS-4148A-SP LP (Rev. 07/16)

## **17. SUS RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON LA VIVIENDA TEMPORAL SI USTED NO TIENE UN HOGAR**

Si necesita Asistencia Temporal de Vivienda porque no tiene hogar, es muy importante que lea esto.

Es posible que no obtenga Asistencia Temporal de Vivienda si no cumple con ciertas normas importantes.

Algunas veces, cuando se pierde la Asistencia Temporal de Vivienda por no seguir las reglas, es posible volver a obtener la ayuda inmediatamente si cumple con las reglas.

Otras veces, si pierde la Asistencia Temporal de Vivienda, es posible que no pueda recuperarla nuevamente por un período de tiempo determinado, aún si está de acuerdo en seguir las reglas. La duración del período durante el cual usted puede perder la habilitación para Asistencia Temporal de Vivienda depende de la regla que usted haya contravenido.

Algunas de las reglas que deberá cumplir para no perder la Asistencia Temporal de Vivienda son las siguientes:

- Usted debe cooperar con el personal del departamento local de servicios sociales para que ellos puedan determinar si usted es elegible o no para recibir vivienda de emergencia.
- Puede ser que le exijan que se reúna con el personal del departamento local de servicios sociales o con una persona designada por el departamento local de servicios sociales para que le ayuden a desarrollar un Plan de Vivienda Independiente. Si se le crea un Plan de Vivienda Independiente, recibirá una copia de ese plan. El Plan de Vivienda Independiente le informará las reglas que debe seguir.

- Debe buscar activamente una vivienda permanente y no debe rehusar ilógicamente una vivienda permanente que le ofrezca el personal del departamento local de servicios sociales.
- Debe comportarse de manera tal que no interfiera con el funcionamiento ordenado de la Vivienda Temporal donde esté hospedado. No debe cometer actos que pongan en peligro la salud o la seguridad de otras personas.

Es importante que sepa que si no cumple con las reglas, usted y su familia podrían perder la habilitación para recibir Asistencia de Vivienda Temporal durante un período determinado de tiempo.

También deberá cumplir con otros requisitos de habilitación para recibir Asistencia Temporal, tal como cumplir con los requisitos de empleo. Si no cumple con los demás requisitos de Asistencia Temporal, y usted no tiene una buena causa para no cumplir, es posible que sea sancionado o que pierda la habilitación para la Asistencia Temporal, según qué requisito usted haya dejado de cumplir. La pérdida de la habilitación para un subsidio de Asistencia Temporal hará que usted y su familia resulten no elegibles para Asistencia Temporal de Vivienda.

Recibir una sanción, que signifique una reducción del subsidio, también puede dar como resultado la pérdida de la Asistencia Temporal de Vivienda si el subsidio no es suficiente como para pagar Vivienda Temporal.

## **18. SU RESPONSABILIDAD DE SOLICITAR SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO DE SEGURO SOCIAL - SSI**

Si usted tiene una condición médica que le impide trabajar, **posiblemente** le exijan que solicite Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Si tiene una condición o condiciones de salud física o mental tan serias que le impiden trabajar, deberá informar esta situación a su trabajador(a) de casos. Si su trabajador(a) de casos está de acuerdo en que su problema médico puede ser un impedimento para que usted trabaje, le **exigirá** que tramite el beneficio del SSI ante la Administración de Seguro Social.

Esto significa que:

- Usted deberá solicitar el SSI.
- Usted deberá colaborar con todos los requisitos para obtener el beneficio del SSI.



- Usted no podrá retirar una solicitud del beneficio del SSI pendiente mientras esté recibiendo Asistencia Temporal.
- Si le rechazan su solicitud de SSI, deberá apelar esa negativa a menos que su trabajador(a) de casos le indique que no tiene que apelar.

Si no cumple con estos requisitos, no podrá recibir Asistencia Temporal.