



W-0016RRS
(Rev 5/16)

ESTADO DE CONNECTICUT DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Las siguientes afirmaciones aplican para todos los que pidan o reciban ayuda del Departamento:

PARA TODOS LOS PROGRAMAS

Para todos los programas, excepto SNAP, yo notificaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) dentro de 10 días de cualquier cambio de ingreso, bienes o arreglo de vivienda.

Yo puedo pedir una audiencia si estoy en desacuerdo con una acción tomada en mi caso. Las peticiones para audiencia tienen que ser por escrito para todos los programas, excepto SNAP. Las peticiones para una audiencia de SNAP también pueden ser por teléfono. Usted puede representarse a sí mismo, o puede tener un abogado, pariente, amigo u otra persona que le represente.

Toda información dada en formularios está sujeta a verificación por oficiales federales, estatales y locales. Yo cooperaré con estos oficiales al proporcionar autorizaciones, documentos y otra comprobación para verificar cualquier cosa que yo hubiese dicho. Yo autorizo al DSS a verificar cualquier información dada en formularios que yo someta.

Toda información dada en formularios, incluyendo números del Seguro Social, es confidencial, excepto según sea permitido o requerido por orden judicial, o ley estatal o federal. Con ciertas excepciones, se usará solamente para administrar programas del DSS. Si DSS cree que existe un peligro inminente para la salud, seguridad o bienestar de un niño o familia, DSS dará la dirección y número de teléfono del niño al Departamento de Niños y Familias. Para todos los programas, excepto Medicaid, DSS dará mi dirección a un oficial de la ley para localizarme si estoy huyendo para evitar procesamiento o custodia por ciertos crímenes o por violación de una condición de probatoria por ciertos crímenes o si tengo información que un oficial de la ley necesite para desempeñar su trabajo respecto a ciertos crímenes.

DSS podrá divulgar información acerca de mí y otros miembros de mi familia u hogar que estén recibiendo beneficios para propósitos directamente conectados con la administración de programas del DSS. Propósitos directamente conectados con la administración de programas del DSS incluyen, pero no se limitan a: el establecimiento de elegibilidad, determinación de la cantidad de asistencia, la provisión de servicios, y para investigaciones, procesamientos, o acciones civiles relacionadas con la administración de programas del DSS.

DSS podrá divulgar a sus contratistas información confidencial del Departamento de Trabajo respecto a compensación por desempleo e información de ingreso salarial trimestral en relación con individuos que hubiesen firmado una solicitud solamente según la necesidad para determinar y revisar la elegibilidad para asistencia médica, SNAP, SAGA, TFA y Suplemento Estatal.

El Estado podrá verificar (chequear) información que reciba sobre pagos de pensión alimenticia, que sean pagados al Estado en beneficio de mi niño, con la Oficina de Cumplimiento de Sustento de Menores ("BCSE").

Si yo hago una declaración falsa o engañosa, podré ser sujeto a penalidades civiles o criminales.

Yo autorizo al DSS a verificar cualquier información sobre la condición de no ciudadano de cualquier persona con Servicios Federales de Ciudadanía e Inmigración (USCIS). Yo comprendo que el DSS no compartirá la información dada en este formulario con USCIS. Comprendo además que USCIS no puede usar esta solicitud para negar admisión a los EEUU, perjudicar una condición de residente permanente ni deportarme a mí o a cualquier persona para quien yo esté solicitando.

Cualquier información que yo dé en formularios, incluyendo números del Seguro Social, se usará para verificar la identidad y elegibilidad de las personas en mi hogar que van a recibir beneficios. Personas residiendo conmigo que no van a recibir beneficios no tienen que dar sus números de Seguro Social pero si ellos desean hacerlo, podría acelerar el proceso de solicitud. Los números del Seguro Social serán cotejados con archivos de gobierno federal, estatal y local por computadora. DSS tiene autorización para pedir números del Seguro Social a base de las siguientes leyes: para SNAP, la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (antes conocida como la Ley de Cupones de Alimentos), 7 USC §§ 2011-2036; 7 USC § 2025(e)(1) y 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y (b)(4); para TFA, 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y (b)(1); para Medicaid, 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y b(2); para el Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados, 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y (b)(5); para SAGA, la Ley de Reforma de Impuestos de 1976, 42 USC § 405(c)(2)(C)(i); Para todos los programas excepto SAGA, Leyes Gen. de CT § 17b-77.

DSS usará información a su disposición por medio del Sistema de Verificación de Ingreso y Elegibilidad ("IEVS") y a través del Directorio Nacional de Nuevas Contrataciones (para el programa de Asistencia Temporal a Familias) para determinar mi elegibilidad y beneficios. Esta información vendrá del Departamento de Trabajo, la Administración del Seguro Social, el Servicio Interno de Rentas y otras agencias cuando la ley lo permita. DSS podrá verificar (chequear) la información que reciba de estas fuentes directamente con otras fuentes, tales como bancos y empleadores. Estos resultados podrían afectar la elegibilidad de mi hogar y el nivel de beneficios.

La provisión de la información pedida en los formularios es voluntaria. Si yo no doy cierta información, sin embargo, beneficios o servicios podrían ser denegados. Para SNAP, si yo no reporto o no verifico cualquiera de los gastos indicados, el DSS considerará esto como una declaración de que yo no quiero recibir una deducción por el gasto no reportado.

Yo cooperaré con el personal estatal y federal en Revisiones de Control de Calidad.

Guarde esta página 1 para sus registros – no la devuelva al DSS



W-0016RRS
(Rev 5/16)

ESTADO DE CONNECTICUT DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP)

Si yo violo cualquiera de las reglas a propósito, podré ser excluido de SNAP por un año o permanentemente, recibir una multa de hasta \$250,000, ser encarcelado por hasta 20 años o ambos castigos. Podría ser sometido además a procesamiento bajo cualesquier leyes federales y estatales aplicables y podría ser excluido de SNAP por 18 meses adicionales si así lo ordena la corte.

Mi solicitud/recertificación para y recibo de mis beneficios de SNAP constituyen una inscripción para trabajo para mí y todos los miembros de mi unidad de asistencia de SNAP que tengan la obligación de inscribirse. Comprendo además que yo y todos los demás miembros de mi unidad de asistencia de SNAP que tengan la obligación de hacerlo tienen que participar en servicios de Empleo y Entrenamiento a menos que exista buena causa para no participar.

Yo notificaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) no más tarde que el día 10 del mes siguiente al mes cuando mi ingreso supere el 130% del nivel federal de pobreza para el tamaño de mi familia.

Yo notificaré al (DSS) no más tarde que el día 10 del mes siguiente cuando alguien en mi hogar que se considere Sin Impedimento y Sin Dependientes trabaje menos de 20 horas por semana o participe en una actividad de Empleo y Entrenamiento menos de 20 horas por semana.

Si yo violo una regla de SNAP a propósito, quedo inelegible para SNAP. La primera vez que violo una regla, no podré recibir SNAP por un año. La segunda vez no podré recibir SNAP por dos años. La tercera vez jamás podré volver a recibir SNAP.

Si se me encuentra culpable de traficar en beneficios de SNAP de \$500 ó más, jamás podré volver a recibir SNAP. Traficar en SNAP significa venderlos en vez de usarlos para comprar alimentos.

Si se me encuentra culpable de comprar un producto con SNAP que tenga un envase con depósito de devolución con la intención de conseguir dinero botando el producto y devolviendo el envase por dinero en efectivo, la primera vez que violo esa regla, no podré recibir SNAP por 12 meses, la segunda vez no podré recibir SNAP por 24 meses, y la tercera vez jamás podré volver a recibir SNAP.

Si se me encuentra culpable de comprar o comerciar por una sustancia controlada o recibir beneficios de SNAP como pago por una sustancia controlada, la primera vez que violo esa regla no podré recibir SNAP por 24 meses, y la segunda vez jamás podré volver a recibir SNAP.

Si se me encuentra culpable de comprar o comerciar armas de fuego, municiones o explosivos o recibir beneficios de SNAP como pago por armas de fuego, municiones o explosivos, jamás podré volver a recibir SNAP.

Si intencionalmente hago uso indebido de una Tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficio (“EBT”), yo podría dejar de recibir SNAP. También podría recibir una multa de hasta \$250,000 ó ir a la cárcel por hasta 20 años o ambos castigos. El uso indebido de una tarjeta EBT significa la alteración, venta, o comercialización de una tarjeta, el uso de la tarjeta de otra persona sin permiso o el intercambio de beneficios.

No se permite que yo compre artículos no alimenticios, tales como alcohol o cigarrillos, o comprar alimentos a crédito. Yo comprendo que esto es un uso indebido intencional de una tarjeta EBT y podría resultar en una descalificación.

Si hago una declaración falsa sobre la identidad o la dirección de mi persona o miembros del hogar para recibir más de un beneficio de SNAP en el mismo período de tiempo, no podré recibir SNAP por 10 años.

Si un reclamo de SNAP surge contra mi hogar, la información en los formularios que yo someta al DSS, incluyendo todos los números del Seguro Social, podrán ser referidos a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamos para acción de cobro de reclamos.

CESIÓN Y COOPERACIÓN DE MANUTENCIÓN DE HIJOS

Al solicitar asistencia del Estado, yo cedo (doy) al Estado todos los derechos que yo tenga a recibir manutención de cualquier persona para cualquier miembro de la familia incluido en la solicitud.

Mientras yo esté recibiendo ayuda del Estado, yo tendré que cooperar plenamente con el Estado para obligar a otras personas responsables a contribuir a la manutención de mi familia.

El Estado retendrá la manutención de hijos pagadera a mí mientras yo esté recibiendo asistencia monetaria, lo que

significa que yo no la cobraré durante ese tiempo.

Cuando mi ayuda monetaria de TFA termina, todo pago actual de manutención vendrá a mí. Cualquier manutención no pagada y debida a mí durante el tiempo cuando yo estaba recibiendo ayuda monetaria de TFA es pagadera al Estado.

El Estado continuará imponiendo la orden de manutención de hijos después de que yo deje de recibir ayuda, a menos que yo notifique al Estado que no deseo ese servicio.

Guarde esta página 2 para sus registros – no la devuelva al DSS



**ESTADO DE CONNECTICUT
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

PARA ASISTENCIA MÉDICA

Dinero de un litigio pendiente o futuro irá (se cederá) al Estado para recuperar cualesquier gastos médicos pagados por el Estado en relación con el litigio.

Si yo a sabiendas doy información falsa (errónea) o engañosa al DSS acerca de mí o de alguien para el cual estoy solicitando, estoy violando la ley federal y puedo ser multado hasta \$25,000 o encarcelado por 5 años o ambos castigos.

Al solicitar asistencia médica, yo doy (cedo) al DSS mi derecho a manutención de terceros (sección 1912 de la Ley del Seguro Social).

Si estoy en un centro de enfermería o si estoy solicitando servicios domiciliarios y basados en la comunidad, y deseo ceder mis derechos a manutención contra mi cónyuge, tengo que firmar una cesión de manutención adicional (sección 1924 de la Ley del Seguro Social).

El Estado puede facturar a mi pariente legalmente responsable para reembolso de los gastos de mis cuidados médicos.

Yo no alteraré (cambiaré), intercambiaré, venderé ni usaré la tarjeta de identificación de servicios médicos de otra persona.

El Estado recupera dinero de mi sucesión si yo recibo servicios de cuidado a largo plazo y también si yo tengo por lo menos 55 años de edad al recibir beneficios de asistencia médica comunitarios y no tengo un cónyuge vivo o hijo(a) menor de 21 años o ciego o discapacitado.

El Estado puede colocar un gravamen sobre mi casa, bajo ciertas circunstancias, si yo entro en un centro de enfermería y no volveré a mi casa en la comunidad.

DSS o su representante puede solicitar Medicare en mi nombre si el DSS cree que soy elegible para Medicare. DSS o su representante además puede presentar reclamos y apelaciones a Medicare en mi nombre.

DSS o cualquier otro asegurador o proveedor médico puede divulgar información acerca de mí y mi familia según sea necesario para la provisión de servicios médicos y de programa, según las leyes federales y estatales permitan.

Al recibir asistencia médica, yo permito que el Estado recupere el costo de mis cuentas médicas que estén cubiertas por una tercera entidad, tal como otro seguro, directamente de dicha tercera entidad.

PARA AYUDA MONETARIA DE JOBS FIRST/TFA

El estado colocará un gravamen sobre mi casa y la propiedad de mi cónyuge y cualquier propiedad no residencial en el estado de cualquiera de nosotros dos hasta la cantidad de beneficios que yo reciba. El Estado además colocará un gravamen sobre la propiedad de los padres de hijos menores de 18 años que residan en mi hogar.

Yo y todos los demás miembros del hogar con Jobs First/TFA que tengan la obligación de hacerlo, tendrán que participar en Servicios de Empleo, a menos que haya una exención para esa persona.

Si he de recibir dinero de una herencia o de un acuerdo de un litigio pendiente o futuro, ganancias de lotería, la venta de propiedad o de cualesquier otras fuentes, este dinero irá (se cederá) al Estado. El Estado podrá recuperar de ese dinero una cantidad hasta el monto total de beneficios pagados a mí o a cualquier persona para la cual yo reciba beneficios.

DSS puede hacer una visita imprevista al hogar.

El Estado recupera dinero que pagó a mí de mi sucesión cuando yo muera.

Mi pariente legalmente responsable podrá ser facturado para reembolsar al Estado por dinero pagado a mí.

Si yo a sabiendas doy información falsa (errónea) o engañosa al DSS acerca de mí o de alguien para el cual estoy solicitando para conseguir beneficios de Jobs First/TFA o para conseguir una cantidad incorrecta de dinero, yo no podré recibir los beneficios por 6 meses la primera vez que esto sucede y 12 meses la segunda vez. Si sucede una tercera vez, jamás podré volver a recibir beneficios de Jobs First/TFA.

No usaré mi tarjeta EBT para hacer transacciones de transferencia electrónica de beneficios en una licorería, un establecimiento de entretenimiento para adultos, o un casino, casino de apuestas o establecimiento de juego.

Yo daré al DSS una hipoteca de seguridad sobre propiedad no residencial fuera del Estado que yo o mi cónyuge tengamos.

PARA DINERO DE SUPLEMENTO ESTATAL

Si he de recibir dinero de una herencia o de un acuerdo de un litigio pendiente o futuro, ganancias de lotería, la venta de propiedad o de muchas otras fuentes, este dinero irá (se cederá) al Estado. El Estado podrá recuperar de ese dinero una cantidad hasta el monto total de beneficios pagados a mí o a cualquier persona para la cual yo reciba beneficios.

El Estado recuperará dinero de mi sucesión cuando yo muera.

El estado colocará un gravamen sobre mi casa y la propiedad de mi cónyuge y cualquier propiedad no domiciliaria que cualquiera de nosotros dos tengamos en el estado hasta la cantidad de beneficios que yo reciba.

Yo daré al DSS una hipoteca de seguridad sobre propiedad no residencial fuera del Estado que yo o mi cónyuge tengamos.

Mi pariente legalmente responsable podrá ser facturado para reembolsar al Estado por dinero pagado a mí.



W-0016RRS
(Rev 5/16)

ESTADO DE CONNECTICUT DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

PARA DINERO DE SAGA

Si he de recibir dinero de una herencia o de un acuerdo de un litigio pendiente o futuro, ganancias de lotería, la venta de propiedad o de muchas otras fuentes, este dinero irá (se cederá) al Estado. El Estado podrá recuperar de ese dinero una cantidad hasta el monto total de beneficios pagados a mí o a cualquier persona para la cual yo reciba beneficios.

El estado colocará un gravamen sobre mi casa y la propiedad de mi cónyuge y cualquier propiedad no residencial en el estado de cualquiera de nosotros dos hasta la cantidad de beneficios que yo reciba. El Estado además colocará un gravamen sobre la propiedad de los padres de hijos menores de 18 años que residan en mi hogar.

Yo daré al DSS una hipoteca de seguridad sobre propiedad no residencial fuera del Estado que yo o mi cónyuge tengamos.

Yo tengo que cooperar con el Estado en la obtención de manutención de mi cónyuge y de padres de hijos menores de 18 años que vivan en mi hogar.

Si un miembro de mi hogar tiene un problema de abuso de sustancias, él o ella podría tener el requisito de estar en tratamiento para poder recibir beneficios monetarios de SAGA.

Si hago declaraciones falsas o engañosas al solicitar SAGA, esto es una violación de la ley y yo podría no recibir SAGA por hasta un año.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN:

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

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

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

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

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

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

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

También puede presentar quejas de discriminación o peticiones de acomodados razonables de esta manera:

Usted tiene el derecho de presentar una queja si cree que nosotros hubiésemos tomado acción contra usted debido a su raza, color, religión, sexo, identidad o expresión de género, estado civil, edad, origen nacional, ascendencia, creencias políticas, orientación sexual, discapacidad intelectual, discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje, o discapacidad física, incluyendo, pero no limitándose a, la ceguera.

Un individuo con una discapacidad puede solicitar y recibir un acomodo razonable o ayuda especial del Departamento de Servicios Sociales cuando sea necesario para permitir que el individuo tenga una oportunidad igual y significativa para participar en programas administrados por el Departamento.

Si usted pidió un acomodo o ayuda especial y nosotros nos negamos a proporcionárselo, puede presentar una queja al Director de la División de Acción Afirmativa del Departamento o a cualquiera de las agencias indicadas abajo:

Commissioner de Social Services

Attn: ADA Coordinator

55 Farmington Ave, Hartford, CT 06105

Tel: 1-860-424-5040 N° gratis: 1-800-842-1508

TDD: 1-800-842-4524 Fax: 1-860-424-4948

(La Comisión sobre Derechos Humanos y Oportunidades)

CT Commission on Human Rights & Opportunities

25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106

Tel: 1-860-541-3400 N° gratis: 1-800-477-5737

TDD: 1-860-541-3459 Fax: 1-860-246-5265

Web: <http://www.ct.gov/chro/site/default.asp>

(El Depto. de Salud y Derechos Humanos, Oficina para Derechos Civiles)

U.S. Dept. de Health and Human Services

Office for Civil Rights

JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA 02203

Tel: 1-617-565-1340 N° gratis: 1-800-368-1019

TDD: 1-800-537-7697 Fax: 1-617-565-3809

Web: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Guarde esta página 4 para sus registros – no la devuelva al DSS