GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
ADMINISTRACION DE MANTENIMIENTO DE INGRESO

SOLICITUD CONJUNTA PARA

ASISTENCIA MÉDICA
CUPONES PARA ALIMENTOS
ASISTENCIA EN EFECTIVO*

DE D.C.

* PARA PERSONAS DISCAPACITADAS Y FAMILIAS CON NIÑOS

Si usted vive en D.C., puede usar este formulario para solicitar beneficios. Si necesita ayuda con este formulario, pídale ayuda a su trabajador u otro empleado de IMA. También puede llamar al (202) 724-5506. Intérpretes gratis están disponibles.

Por favor, lleve este formulario al Centro de Servicio de su área. Para saber cuál Centro le queda más cerca, llame al (202) 724-5506. También puede enviar este formulario por correo a 645 H St., NE, Washington, DC 20002.

☐ **አዎ አማርኛ እናገራለሁ (AMHARIC)**

"በዲሲ ውስጥ የሚኖሩ ከሆኑ የእርዳታ ጥቅሞችን ለማግኘት በዚህ ቅጽ ሊጠቀሙ ይችላሉ። ይህንን ቅጽ ለመሙላት እርዳታ ከፈለጉ ጉዳይዎን የያዙትን ሠራተኛ ወይም ሌላ የአይኤምኤ ሠራተኛን ይጠይቁ። እንዲሁም በ(202) 724-5506 ለመደወል ይችላሉ። ነፃ አስተርጉዋሚዎች ይኖራሉ።"

"እባክዎ ይህንን ቅጽ ወደ አካባቢዎ የአገልግሎት ማዕከል ይዘውት ይሂዱ። የትኛው ማዕከል በእርስዎ አቅራቢያ እንደሚገኝ ለማወቅ ደግሞ በ(202) 724-5506 ይደውሉ። ይህንን ቅጽም በፖስታ ቤት በኩል ለ645 H St., NE, Washington, DC 20002. ለመላክም ይችላሉ።"

☐ **是，我說中文 (MANDARIN)**

"如果您住在D.C.，您可以用這份表格來申請福利。如果您填寫這份表格時需要幫助，您可以向工作人員或其他IMA員工詢問。您還可以致電 (202) 724-5506。我們有免費翻譯服務。"

"請將這份表格送到您所在地區的服務中心。欲知離您處所最近的服務中心的地址，請致電 (202) 724-5506。您也可以將這份表格寄至 645 H St., NE, Washington, DC 20002。"

☐ **Có, tôi nói VIỆT (VIETNAMESE)**

"Nếu quý vị sống tại D.C., quý vị có thể dùng mẫu đơn này để xin quyền lợi. Nếu quý vị cần giúp đỡ điền đơn này, xin hỏi nhân viên xã hội của mình hoặc một nhân viên khác của IMA. Quý vị cũng có thể gọi số (202) 724-5506. Có thông dịch viên miễn phí.

"Xin đem mẫu này tới Trung Tâm Dịch Vụ khu vực của quý vị. Để tìm hiểu xem Trung Tâm nào gần quý vị nhất, gọi (202) 724-5506. Quý vị cũng có thể gửi mẫu đơn này tới 645 H St., NE, Washington, DC 20002."

Questions? ¿Preguntas? ጥያቄዎች?
有問題嗎？Có thắc mắc gì không?

☎ **(202) 724-5506.**

For Agency Use Only ☐ **Application** ☐ **Recertification**

Case Name _____ Case # _____

Date Rec'd _____ Prog. Approved _____

Date Disp. _____ Prog. Denied _____

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

ADMINISTRACION DE MANTENIMIENTO DE INGRESO
CENTROS DE SERVICIO

Anacostia Service Center
2100 Martin Luther King Avenue, SE
Washington, DC 20020
Phone: (202) 645-4614
Fax: (202) 727-3527

H Street Service Center
645 H Street, NE
Washington, DC 20002
Phone: (202) 698-4350
Fax: (202) 724-8964

Congress Heights Service Center
4001 South Capitol Street, SW
Washington, DC 20032
Phone: (202) 645-4546
Fax: (202) 645-4524

Fort Davis Service Center
3851 Alabama Ave., SE
Washington, DC 20020
Phone: (202) 645-4500
Fax: (202) 645-6205

Taylor Street Service Center
1207 Taylor Street, NW
Washington, DC 20011
Phone: (202) 576-8000
Fax: (202) 576-8740

Clientes pueden llamar a IMA (Servicios para Clientes) a ***(202) 724-5506***
para determinar cuál centro de servicio es aplicable a usted basada en su dirección..

Questions? ¿Preguntas? ጥያቄዎች?
有問題嗎？Có thắc mắc gì không?

☎ (202) 724-5506

Su Información

Apellidos	Primer Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Teléfono

Dirección actual	Apt.	Dirección de correo (si difiere)
Ciudad / Estado / Código Postal		Ciudad / Estado / Código Postal

Estoy solicitando: ☐ **Asistencia Médica** ☐ **Cupones para Alimentos** ☐ IDA (Asistencia Interina de Discapacidad)

☐ TANF/GC (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas/Asistencia General para Niños)

Nota: Sus beneficios de Cupones para Alimentos empiezan el día en el cual hace la solicitud. Usted puede hacer la solicitud inmediatamente. Asegúrese de escribir su nombre y dirección arriba y firmar su al pie de esta página.

Cupones para Alimentos Aceleradas

Es posible que pueda recibir Cupones para Alimentos en menos de una semana. Para ver si usted es elegible, por favor díganos:

1. ¿Su ingreso de familia será más de $150 este mes? ◯Sí ◯No
2. ¿Tiene más de $100 en efectivo o en el banco? ◯Sí ◯No
3. ¿Su ingreso de este mes es más que sus gastos de vivienda (renta y utilidades)? ◯Sí ◯No

Si contestó NO a las preguntas anteriores, usted puede ser elegible. Por favor, díganos:

(a) ¿Cuál será su ingreso total este mes? $ _____

(b) ¿Cuánto pagó por vivienda (renta y utilidades) este mes? $ _____

Representante Autorizado

¿Quiere que alguien más sea su representante? ☐Sí ☐No

Si responde Sí, por favor provea la siguiente información:

Nombre de su representante autorizado:	Dirección de su representante:	Teléfono de su representante:

¿Qué quiere que haga su representante? ☐Hacer entrevistas ☐Reportar cambios ☐Usar tarjeta EBT

Firma

Al firmar abajo, doy permiso a DHS para obtener información sobre mi persona. DHS puede obtener esta información de mi empleador, arrendatario (landlord), banco y compañía de utilidades. Doy permiso a todas estas personas a dar información sobre mi persona a DHS. Creo que toda la información en todo este formulario de seis páginas es correcta. **Sé que si doy información falsa, puedo estar violando la ley. Sé que oficiales estatales y federales verificarán esta información. Estoy dispuesto a ayudarles con sus investigaciones.**

Estoy de acuerdo en seguir las reglas para beneficios de DHS. He recibido una copia de estas reglas. Sé que voy a tener que hacer la **recertificación** para mis beneficios. También entiendo que mi hijo/a puede recibir cuidado de salud gratis a través de "HealthCheck."

Representantes autorizados: Si el solicitante no puede firmar este formulario, usted puede firmarlo en su lugar. Al firmar, usted certifica que esta persona quiere solicitar beneficios y está de acuerdo con las condiciones que aparecen anteriormente.

FIRMA X _____ **FECHA** _____

¿Quién vive con usted?

(Por favor incluya todas las personas en el hogar, inclusive si no está solicitando beneficios para ellos.)

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre	¿Solicita para esta persona? (Sí/No)	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento	Edad	Número de Seguro Social*	Relación a usted (hijo, tía, amigo, etc.)	¿Comen juntos? (Sí/No)	¿Ciudadano de los EE.UU.? (Sí/ No)**
1.								(self)	(n/a)	
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7. ***										

* Puede dejar en blanco si la persona no quiere beneficios. Sin embargo, todavía puede proveer información sobre el ingreso y los bienes de esta persona.
** Muchos inmigrantes son elegibles para beneficios. Para ver si usted es elegible, por favor llene toda la página 6. *** Añada adjunto otra hoja si más de siete personas viven en su casa.

Preguntas Generales

1. Usted es: ◯ Soltero/a ◯ Casado/a ◯ Divorciado/a ◯ Separado/a ◯ Viudo/a (No es necesario para Cupones para Alimentos)

2. ¿Alguien en su casa está **embarazada**? ◯ Sí ◯ No (No es necesario para Cupones para Alimentos)

   Si responde SÍ, ¿quién? _____ ¿Cuándo está provisto que nazca el bebé? _____

3. ¿Cuánto paga por **cuidado infantil** o **cuidado de un anciano** (guardería, niñera, etc.)? $ _____ ¿Con qué frecuencia paga esto? _____

4. ¿Usted está en un lugar de cuidado de largo plazo (asilo médico de ancianos, ICF-MR, CRF, etc.)? ◯ Sí ◯ No Si responde SÍ, ¿dónde?

5. ¿Ha recibido beneficios de otro Estado en los últimos tres (3) meses? ◯ Sí ◯ No Si responde SÍ, ¿dónde?

6. ¿Alguien que tiene 16 años o más asiste a la **escuela** o programa de **entrenamiento de trabajo**? ◯ Sí ◯ No Si responde SÍ, ¿quién?

   Nombre del programa o escuela _____ ¿Cuántas horas a la semana? _____ _____

7. En los últimos dos (2) meses, ¿alguien ha **dejado de trabajar** o ha disminuido las horas de trabajo? ◯ Sí ◯ No Si responde SÍ, ¿quién?

   ¿Razón? _____ ¿Cuándo fue el último día de trabajo? _____ Fecha de paga final: _____ _____

Ingreso

Ingreso de trabajo (antes de impuestos u otras deducciones: bruto no neto)

Persona que está trabajando	Nombre/Teléfono de empleador	Fecha inicial	¿De cuánto es cada cheque de pago? (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia recibe el pago? (semanalmente, quincenalmente, mensualmente, etc.)
			$ (BRUTO)	
			$ (BRUTO)	

Otro ingreso

¿Usted o alguien más tiene otro ingreso? Por favor, marque todas las categorías aplicables y escriba cada pago abajo.

☐ SSI (Ingreso Suplemental de Seguridad)	☐ Desempleo/ compensación de trabajadores	☐ Manutención infantil
☐ Seguro Social (no SSI)	☐ Pensiones y jubilación	☐ Ayuda con gastos
☐ Beneficios de veteranos	☐ Susidio para cuidado de crianza (foster)/adopción	☐ Otro

Tipo de pago	¿Quién lo recibe?	¿De cuánto es cada cheque de pago? (antes de impuestos y deducciones)	¿Con qué frecuencia recibe el pago? (semanalmente, quincenalmente, mensualmente, etc.)
		$ (BRUTO)	
		$ (BRUTO)	
		$ (BRUTO)	

¿Alguien paga a su familia por comidas o para alquilar un cuarto (por ejemplo, un compañero de casa o inquilino)?

○ Sí ○ No Si responde Sí, ¿quién paga? _____ ¿Cuánto paga cada mes? $ _____

Recursos

Dinero en efectivo	¿Alguien tiene más de $1,000 en efectivo? Si responde Sí, ¿cuánto? $	○ Sí ○ No
Cuentas bancarias	¿Alguien tiene más de $1,000 en el banco? Si responde Sí, por favor añada adjunto su estado de cuenta del banco más recién.	○ Sí ○ No
Seguro de vida	¿Alguien tiene seguro de vida que puede cambiar por dinero en efectivo? Si responde Sí, ¿cuánto dinero recibiría si lo cambiaría hoy? $	○ Sí ○ No
Propiedad real	¿Alguien es dueño de propiedad aparte de la casa donde vive? (Por ejemplo: barcos, propiedad real, bienes raíces)	○ Sí* ○ No
Otro	¿Alguien tiene acciones, bonos, etc.?	○ Sí* ○ No
Transferencias	¿Ha vendido, intercambiado o regalado algo que valía más de $1,000 durante los últimos tres (3) años?	○ Sí* ○ No

* Si responde Sí, por favor añada adjunto una descripción.

Para Ciegos y Personas Discapacitadas
(Solamente para Asistencia Médica e IDA)

¿Alguien en su casa es **ciego** o gravemente **discapacitado**? ◯ Sí ◯ No Si responde SÍ, ¿quién? _____

Para recibir Asistencia Médica y Asistencia Interina de Discapacidad (IDA, por sus siglas en inglés), puede ser necesario demostrar que es ciego/a o discapacitado/a. Por favor, obtenga un Formulario Médico y pide que su médico lo llene. Si no tiene un médico, llame a la Alianza al (202) 842-2810. Ellos le ayudarán a encontrar un médico. El médico de la Alianza llenará el Formulario Médico. DHS mantendrá confidencial toda su información.

Nota: No necesita llenar el Formulario Médico (856) si usted tiene **65 años o más** o si un niño que tiene menos de **19 años vive con usted**. Además, es posible que no tenga que llenar el formulario si recibe Seguro Social. Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a su trabajador o llame al (202) 724-5506.

Vivienda, Utilidades y Otras Cuentas
(Solamente para Cupones para Alimentos)

La cantidad de Cupones para Alimentos que usted pueda recibir, va a depender de gastos relacionados con vivienda, utilidades y cuentas médicas. Favor de proveer la cantidad actual de estas cuentas. No incluya cuentas ya pasadas. Calificar para mas Cupones para Alimentos, requiere, proveer pruebas de estas cuentas; si no, asumimos que usted no esta interesado/a en esta deducción.

Renta o hipoteca

	Renta	**Hipoteca**	**Impuestos de Propiedad Mensuales***	**Seguro de casa***	**Cuota de condominio***	**Otro** (describa abajo)
¿Cuánto?	$	$	$	$	$	$
¿Quién paga?						

¿Paga por calefacción o aire acondicionado aparte de su renta? ◯ Sí ◯ No

Cuentas de utilidades (si paga aparte de la renta/hipoteca)

	Cuenta de electricidad*	**Cuenta de gas***	**Combustible***	**Cuenta telefónica** (incluyendo teléfono celular)	**Cuenta de agua***	**Otro** (describa abajo)
¿Cuánto?	$	$	$	$	$	$
¿Quién paga?						

* Deje en blanco si es parte de su renta o hipoteca.

Otras cuentas

1. ¿Hay alguien que es discapacitado o tiene 60 años o más que paga cuentas médicas?
   ◯ Sí ◯ No Si responde SÍ, ¿quién paga? _____ ¿Cuánto paga mensualmente? $
2. ¿Alguien en su casa **paga** manutención infantil?
   ◯ Sí ◯ No Si responde SÍ, ¿quién paga? _____ ¿Cuánto paga mensualmente? $

Seguro de Salud y Cuentas Médicas
(Solamente para Asistencia Médica)

Usted puede recibir Asistencia Médica inclusive si tiene otro seguro de salud. También podemos pagar sus cuotas de Medicare. Por favor, díganos sobre su seguro de salud.

Medicare	¿Alguien tiene Medicare (una tarjeta que es roja, blanca y azul)? Si responde SÍ, ¿quién tiene Medicare? _____	◯ Sí ◯ No
Seguro de salud	¿Alguien tiene otro seguro? Si responde SÍ, por favor dénos una copia de la tarjeta de seguro.	◯ Sí ◯ No
Antiguas cuentas de Medicaid o cuentas médicas	¿Alguien ha tenido alguna cuenta médica en los últimos tres meses? Si recibe Asistencia Médica, puede recibir un reembolso por algunas cuentas que ha pagado. También podemos pagar algunas cuentas todavía sin pagar. Llame al (202) 698-2009. ¿Su dirección, ingreso y bienes son iguales ahora que hace tres meses?	◯ Sí ◯ No ◯ Sí ◯ No

Padres que No Viven en la Casa
(Solamente para TANF y Asistencia Médica)

Podemos ayudarle a recibir manutención infantil. Por favor, díganos sobre cualquier padre o madre ausente (cualquier padre o madre que no vive con su hijo/a). Sin embargo, usted puede tener una buena razón para no darnos información sobre un padre o una madre ausente. **Si tiene miedo que un padre o una madre ausente pueda hacerle daño a usted o alguien en su familia, tiene una buena razón.** Si tiene una buena razón, no tiene que darnos ninguna información ahora.

¿Tiene una buena razón para no darnos información sobre un padre o una madre ausente? ◯ Sí ◯ No

Si NO, tiene que llenar la información que sigue. Por favor, dénos toda la información posible.

Nombre de niño/a	Nombre de padre/madre ausente	Número de Seguro Social de padre/madre ausente	Manutención mensual que recibe	Razón de ausencia*
1.				
2.				
3.				
4.				

* Razones de ausencia: nunca se casaron, está separado/a o divorciado/a, encarcelado/a, difunto/a, vive en otra parte, etc.

¿Quiere recibir ayudar con manutención infantil inmediatamente? ◯ Sí ◯ No

Preguntas Voluntarias
Esta información no afectará sus beneficios. Hacemos las preguntas para asegurarnos de discriminar.

Su etnia: ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino

Su raza: ☐ Negro/Afro-americano ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico

Nota: Usted puede seleccionar más de una raza. Además, usted no esta obligado/a a proveer esta información. Ninguna de esta información afectara sus beneficios. Solo hacemos estas preguntas para asegurar que no estamos discriminando.

Para Inmigrantes (No Ciudadanos) Solicitando Beneficios

Muchos inmigrantes son elegibles para beneficios. Para personas que no son ciudadanos que están solicitando beneficios, por favor provea la siguiente información sobre inmigración. Mantenemos confidencial esta información. **Si su estado es "OTRO," no le pediremos más información sobre su estado de inmigración.**

Si solo está solicitando para su hijo/a, **no** es necesario proveer detalles de su estado de inmigración; puede proveer solamente los detalles de su hijo/a. Si solo quiere beneficios para su hijo/a, usted puede marcar "OTRO" para su estado inmigrante.

Por favor, use las siguientes categorías para "Estado Actual" en la tabla que sigue:

- Residente permanente legal (LPR, por sus siglas en inglés)
- Refugiado o asilado
- Ingresado de Cuba o Haití
- Persona que ha recibido paro de deportación
- Persona con libertad condicional que ha sido admitido por al menos un año
- Extranjero que ha estado presente desde antes del 1 de abril de 1980, como “Ingresado Condicional"
- Persona activa en las Fuerzas Armadas de los EE.UU. (o veterano)
- Esposo/a, viudo/a o dependiente se un soldado estadounidense o veterano
- Una víctima de violencia doméstica
- Una víctima de una forma grave de trata de blancas
- Indígena de los EE.UU./Inuit nacido fuera de los EE.UU.
- Hmong / laotiano
- Asiáticos-americanos que llegaron a los EE.UU. debido a la Guerra de Vietnam
- OTRO: el estado NO es una de las categorías indicadas aquí.

Nombre	**# de identificación de extranjero** (Número "A")	**Estado actual**	**Fecha de llegada en los EE.UU.**	**¿Ha sido refugiado/a o asilado/a?**	**¿Cubano /haitiano?**
1.				☐ Sí	☐ Sí
2.				☐ Sí	☐ Sí
3.				☐ Sí	☐ Sí
4.				☐ Sí	☐ Sí
5.				☐ Sí	☐ Sí

Importante: ¿Alguien indicado arriba vino a los EE.UU. antes del 22 de agosto de 1996? ◯ Sí ◯ No

Si responde SÍ, ¿quién?

Nota: Algunos inmigrantes que llegaron a los EE.UU. después del 22 de agosto de 1996 no tienen que esperar cinco años antes de recibir beneficios.

Solo para Residentes Permanentes Legales:

1. ¿Tiene un patrocinador? ◯ Sí ◯ No
2. ¿Usted, sus padres, su esposo/a y/o su patrocinador/a ha trabajado alguna vez en los EE.UU.? ◯ Sí ◯ No

Este es Su Recibo

El timbre de la fecha a la derecha indica que DHS recibió su solicitud. Si tien alguna pregunta, le puede llamar a su trabajador o (202) 724-5506.

Su trabajador le dará una “lista de chequeo." Esta lista le indica cuales documentos necesita devolver a DHS. También puede enviar copias por correo a su Centro de Servicio o a DHS/IMA, 3rd Floor, 645 H St., NE, Washington, DC 20002. Si los envía por correo, por favor escriba su nombre y su fecha de nacimiento en cada documento.

Contacto de IMA: _____ Tel. _____

Dirección del Centro de Servicio: _____

IMA DATE STAMP

Case Name _____

Documentos Que Puede Ser Necesario Llevar a DHS

Prueba de:	Ejemplos
Ingreso	Recibos de pago recientes; estado de cuenta indicando ingreso de jubilación, ingreso de discapacidad o Compensación de Trabajadores, etc.
Recursos/Bienes	Recientes estados de cuentas bancarias y cuentas corrientes, etc.
Residencia en D.C.	Licencia de manejo de DC, contrato de arriendo, recibo de renta, declaración escrita de su propietario (landlord), cuenta de utilidades o cuenta telefónica, etc.
Número de Seguro Social	Tarjeta de Seguro Social; documentos de impuestos o salario que contengan su número de Seguro Social; licencia de conductor de DC que contenga su número de Seguro Social; etc. (No es requerido para solicitantes que únicamente solicitan Cupones para Alimentos.)
Informe de Examen Médico/Discapacidad	Informe médico reciente (o Formulario 856) y materiales de apoyo de su medico.
Información de Inmigrantes	Tarjeta de Autorización de Empleo, I-94, visa, pasaporte u otros documentos de INS.
Renta/hipoteca (Solamente para Cupones para Alimentos)	Contrato de arriendo, recibo de renta, cheque cancelado, estado de cuenta de hipoteca, etc.
Cuentas de Utilidades (Solamente para Cupones para Alimentos)	Cuentas recientes de electricidad, gas, teléfono, agua, etc. (si usted paga estas cuentas aparte de su renta).
Relación (Solamente para TANF)	Certificado de nacimiento (copia completa) para su(s) hijo(s) o archivos oficiales de la escuela, corte, hospital, etc.
“Vive con” (Solamente para TANF)	Declaraciones de dos personas que no sean parientes o archivos escolares.

Lleve su tarjeta de **Medicare** u otra tarjeta de seguro de salud, si tiene alguna.

Referencias

- HealthCheck provee **chequeos gratis** para niños que reciben Medicaid. También paga por otros servicios que un niño necesita. HealthCheck también le puede proveer **viajes gratis al médico**. Para obtener, llame al (202) 639-4030.
- WIC es un programa para niños que tienen menos de 5 años de edad. Con WIC, usted puede **ahorrar hasta $140** cada mes en comida. Además, el personal de WIC le puede hablar de dar el pecho. Para obtener más información, llame al (202) 645-5663.
- Si usted es elegible para recibir Asistencia Médica, puede recibir dinero de vuelta por **cuentas médicas recientes** que ha pagado. Para obtener más información, llame al (202) 698-2009.
- El Distrito tiene un programa especial para personas de tercera edad y personas discapacitadas que necesita **enfermería en casa** y otro **cuidado basado en casa**. Este programa tiene un límite de ingreso más alto que Asistencia Médica normal. Para obtener más información, llame al (202) 442-9055.

Exámenes y servicios para HIV/AIDS	(202) 671-4900	Medicare	1-800-633-4227
Alcohol y drogas	1-888-7WE-HELP	Administración de Seguro Social	1-800-772-1213
Depresión y salud mental	1-888-7WE-HELP	Asistencia de energía	(202) 673-6700
Evaluación de cáncer de seno/cáncer cervical	(202) 442-5900	Vivienda pública y Sección 8	(202) 673-6700

Ayuda Legal Gratis

Neighborhood Legal Services
1213 Good Hope Rd., SE
(202) 678-2000

Legal Clinic for the Homeless
1200 U St., NW
Washington, D.C. 20009
(202) 328-5500

Bread for the City Legal Clinic
1640 Good Hope Rd., SE
(202) 561-8587

Legal Aid Society
Suite 800
666 11th St., NW
(202) 628-1161

Bread for the City Legal Clinic
1525 Seventh St., NW
(202) 265-2400

Legal Counsel for the Elderly
(for people age 60 and older)
601 E St., NW
Building A, 4th Floor
(202) 434-2120

Sus Derechos y las Reglas del Programa

Recertificación

Le enviaremos un aviso de recertificación por correo. Si usted recibe Asistencia Médica, sólo llene el formulario y devuélvalo a DHS. Si recibe Cupones para Alimentos o asistencia en efectivo (TANF, GC o IDA), usted tendrá que ir a DHS para una entrevista. Si no hace la recertificación, perderá sus beneficios.

Si se cambia de casa, por favor háganos saber. Sólo llame al **(202) 727-5355**. Si no nos avisa de su dirección nueva, no le vamos a poder enviar el formulario de recertificación.

Reglas Generales

Usted tiene que proveer información verdadera y completa. Si miente o da información falsa, puede perder sus beneficios. También podría recibir una multa e ir a la cárcel.

Es posible que verifiquemos su información para asegurar que es correcta. Es posible que verifiquemos su ingreso, la información de Seguro Social y su información de inmigración. Verificamos esta información a través de programas computerizados. También es posible que le entrevistemos y hagamos una visita a su casa.

Su caso puede ser escogido para una revisión de Control de Calidad. Esta es una revisión detallada de toda su información. Puede incluir entrevistas personales y una revisión de sus archivos médicos. Al solicitar, usted está de acuerdo a cooperar con el personal estatal o federal que hace la revisión. Si usted no coopera, puede perder una parte o todos sus beneficios.

Si usted está siendo investigado o está huyéndose de la ley, es posible que compartamos su información con las agencias federales y locales. También es posible que compartamos la información sobre Cupones para Alimentos con recolectores privados de deudas.

Bajo la ley federal o del Distrito, usted tiene que proporcionar su Número de Seguro Social (vea 42 CFR 435.910, 7 CFR 273.6, Código de DC §4-204.07, §4-205.05a y §4-217.07) si está en la unidad de asistencia para Asistencia Médica, IDA, Cupones para Alimentos o TANF. Su Número de Seguro Social será usado para verificar su identidad, prevenir el recibo de beneficios duplicados y hacer los cambios de programa que sean requeridos. El sistema de computadoras de DHS usa su Número de Seguro Social para verificar su ingreso con archivos del Servicio Interna de Rentas, la Administración de Seguro Social y la División de Servicios de Apoyo Infantil de DC (CSSD, por sus siglas en inglés).

Audiencias Justas

Si usted cree que DHS ha cometido un error, usted puede obtener una Audiencia Justa. Llame al **(202) 698-4650** para obtener más información. También puede llamar al (202) 727-8280. En la Audiencia Justa, puede pedir que alguien hable por usted. Puede ser un abogado, un amigo, un pariente o alguien más. También puede llevar testigos. Pagaremos por el transporte de usted y sus testigos a la Audiencia Justa. También es posible que cubramos otros de sus gastos. Adicionalmente, usted puede recibir ayuda legal gratis para una Audiencia Justa. Llame a una de las agencias indicadas anteriormente para hablar con un abogado o consejero.

Reglas de Asistencia Médica

Después de hacer la solicitud, recibirá una decisión sobre su Asistencia Médica dentro de 45 días (o 90 días si DHS tiene que determinar si usted es discapacitado/a). Si no recibe notificación dentro de este periodo, por favor llame a su trabajador de IMA o al (202) 724-5506. Para obtener ayuda legal con Medicaid gratis, llame a Terris, Pravlik y Millian al (202) 682-0578 o envíeles una carta a 1121 12th Street, NW, Washington, DC 20005.

Si usted recibe Asistencia Médica, tiene que hacer la recertificación cada año cuando le enviamos una notificación de recertificación. No hay un límite de tiempo que usted puede recibir Asistencia Médica. Además, si pierde TANF, todavía puede recibir Asistencia Médica.

Apoyo Infantil: Usted está de acuerdo de cooperar completamente con CSSD en establecer paternidad y obtener manutención infantil y apoyo medico como sea requerido por la ley. Puede solicitar una excepción si tiene una buena razón. Sin embargo, usted puede perder sus beneficios si no coopera sin tener una buena razón.

Recuperación de Patrimonio: El Distrito buscará recuperar el dinero que pagamos por cuentas si usted está en un asilo de ancianos u otra institución médica. Además, si tiene al menos 55 años, el Distrito buscará recuperar el dinero por los servicios que obtiene. Esto significa que el Distrito puede imponer un derecho de retención en su propiedad o patrimonio. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al (202) 442-9075.

Pleitos: Si usted pone una demanda o entra en negociaciones para resolver un reclamo médico con otra parte, tiene que proveernos notificación por escrita de la acción (o por servicio personal o por correo certificado) dentro de 20 días de calendario a Medical Assistance Administration, Third Party Liability Section, 825 N. Capitol St., N.E., 4th Floor, Washington, DC 20002. Si tiene alguna pregunta, llame al (202) 442-9075.

Reglas de TANF

Después de hacer la solicitud, recibirá una decisión sobre TANF dentro de 45 días. Si no recibe notificación dentro de 45 días, usted puede recibir una Audiencia Justa. Además, si piensa que el monto de beneficios no es correcto, usted puede recibir una Audiencia Justa.

Si no sigue todas las reglas del programa, usted puede perder una parte de o todos sus beneficios. Perdería estos beneficios hasta que cumpla con los requisitos o por más tiempo. Además, si no coopera con CSSD, usted perdería 25% de sus beneficios de TANF.

Reglas de Cupones para Alimentos

Usted puede solicitar Cupones para Alimentos aparte de otros beneficios. Puede recibir Cupones para Alimentos Aceleradas dentro de siete (7) días si es elegible. Después de hacer la solicitud, recibirá una decisión sobre sus Cupones para Alimentos dentro de 30 días. Si no recibe notificación dentro de este periodo, usted puede recibir una Audiencia Justa. Además, si piensa que el monto de
beneficios no es correcto, usted puede recibir una Audiencia Justa.

Tiene que tener una entrevista con DHS para recibir Cupones para Alimentos. Si necesita hacer la entrevista por teléfono, por favor dígalo a su trabajador. Podemos hacer entrevistas por teléfono si usted no puede ir a DHS debido a su trabajo. También podemos hacer entrevistas por teléfono si usted está enfermo/a o está cuidando a un pariente enfermo.

Usted tendrá que ir a DHS para hacer la recertificación cuando le enviemos un aviso. Nota: algunos clientes de la tercera edad o clientes discapacitados solo tienen que hacer la recertificación cada dos años. Sin embargo, no hay un límite de tiempo para poder recibir Cupones para Alimentos. De hecho, inclusive si pierde sus beneficios de TANF, todavía puede recibir Cupones para Alimentos.

Si recibe Cupones para Alimentos, tiene que seguir estas reglas.

- **No mienta o esconda información para recibir Cupones para Alimentos.**
- **No intercambie o venda sus Cupones para Alimentos;**
- **No utilice los Cupones para Alimentos de otra persona; y**
- **No compre alcohol o tabaco con Cupones para Alimentos.**

Si viola las reglas, puede recibir una multa e ir a la cárcel hasta 20 años. También puede perder sus beneficios por un año después de la primera violación, por dos años por la segunda violación y permanentemente por la tercera violación. Si miente sobre su residencia en el Distrito o su identidad, no puede recibir Cupones para Alimentos por 10 años. Si vende o intercambia sus Cupones para Alimentos para cualquier otro propósito (por ejemplo, para comprar drogas, armas de fuego, municiones o explosivos) o hace tráfico de $500 o más en beneficios, puede perder sus beneficios permanentemente.

Reglas de IDA

Después de hacer la solicitud, recibirá una decisión sobre IDA dentro de 60 días. Si no recibe notificación dentro de 60 días, usted puede recibir una Audiencia Justa. Además, si piensa que el monto de beneficios no es correcto, usted puede recibir una Audiencia Justa.

Si recibe IDA, usted tiene que cooperar con su gerente de caso de IDA. Esto significa:

- Darnos informes médicos y otros materiales;
- Irse a sus citas con el médico y con la Administración de Seguro Social;
- Irse a sus citas con su gerente de caso; y
- Irse a programas de tratamiento, como sea requerido.

Si no sigue las reglas, usted puede perder una parte de o todos sus beneficios de IDA. DHS quitará el monto de IDA que usted recibió de su primer cheque de suma completa de SSI; DHS le enviará el resto de su primer cheque de SSI.

Derechos de Apoyo

Usted tiene que entregar al Gobierno del Distrito cualquier pago que recibe de una compañía de seguro por cuidado médico. Tiene que entregar una parte de o toda la manutención infantil a CSSD después de recibir su primer pago de TANF. Si no está de acuerdo con estas condiciones, no puede recibir Medicaid o TANF. Cuando ya no recibe TANF, usted podrá guardar cualquier pago actual de manutención infantil. Si usa una tarjeta de Medicaid o beneficios de TANF, nos está indicando que está de acuerdo con estas condiciones.

Confidencialidad

Al hacer la solicitud, usted da permiso a DHS para hablar con su empleador, su arrendatario (landlord), su banco, su médico y otras personas que tienen información sobre usted. También les da permiso a estas personas para dar información a DHS. Además, puede dar permiso a DHS para ver los archivos de su vehículo, información sobre su sueldo, información sobre impuestos y otros archivos gubernamentales. Por supuesto, DHS mantiene confidencial toda su información. DHS no comparte sus archivos sin su permiso (excepto cuando sea requerido por ley).

Equidad y No Discriminar

De acuerdo a la ley Federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en ingles) y del Departamento de Servicios Humanos y de Salud (HHS, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibida discriminar a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Bajo el Acta de Cupones para Alimentos y la política de USDA, también es prohibido discriminar a base de religión o creencias políticas. Para hacer un queja de discriminación, envíe una carta a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720- 5964 (voz y TDD). Escriba a HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Ave., SW, Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TDD). USDA y HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

De acuerdo al Acta de Derechos Humanos de D.C. de 1977, como está enmendado, Código Oficial de D.C. § 2-1401.01 et seq., (el Acta) el Distrito de Columbia no discrimina a base de raza real o percibida: raza, color, origen nacional, sexo, edad, estado civil, apariencia personal, orientación sexual, estado de familia, responsabilidades familiares, matriculación, afiliación política, discapacidad, fuente de ingreso y lugar de residencia o negocio. Acoso sexual es una forma de discriminación sexual, la cual es prohibida por el Acta. Además, acoso que se basa en cualquiera de las categorías protegidas anteriormente mencionadas es prohibido por el Acta. No se tolera discriminación en violación del Acta. Las personas que violan el Acta serán sujetas a acción disciplinaria.

Print form