



## Financial Support Application (Solicitud de Ayuda Financiera)

### ¿Qué tipo de ayuda desea?

Parte A

Department of Human Services (DHS) tiene varios programas que podrían ayudarlos a usted y a su familia. Complete este formulario para que podamos ayudarle a encontrar los programas adecuados para sus necesidades.

Lea los programas que se indican a continuación. Elija los programas que desea solicitar y complete dichas secciones del formulario. Las páginas 1 y 2 son para su archivo personal. **Todas las personas deben llenar la Parte A (rosa).**

### Food Assistance

Parte B

El Programa Food Assistance (asistencia para alimentos), anteriormente conocido como Food Stamps (bonos para alimentos), le ayuda a comprar alimentos para estar saludable. Podría conseguir Food Assistance el 7mo día después de haberlo solicitado. Esto se llama Servicio de Emergencia. Si desea solicitar Food Assistance, complete la **Parte A (rosa)** y la **Parte B (verde)**.

### Family Investment Program (FIP) o Refugee Cash Assistance

Parte C

El Programa de Inversión Familiar (Family Investment Program, FIP) también es conocido como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). FIP le brinda asistencia temporal en dinero en efectivo para niños y familias. Los Refugiados que no obtengan FIP pueden conseguir Refugee Cash Assistance (Asistencia en Efectivo para Refugiados). Si desea solicitar FIP o Refugee Cash Assistance, complete la **Parte A (rosa)** y la **Parte C (violeta)**.

### Child Care Assistance

Parte D

Child Care Assistance (asistencia para cuidado infantil) le ayuda a pagar el cuidado de su hijo mientras los padres o la persona a cargo del cuidado van a trabajar o a estudiar. También se puede usar para el cuidado de niños mientras los padres o la persona a cargo del cuidado están buscando trabajo o no pueden cuidarlos por razones de salud. Si desea solicitar Child Care Assistance, complete la **Parte A (rosa)** y la **Parte D (azul)**.

## ¿Qué debo hacer para conseguir ayuda?

Puede solicitar uno o más de los programas descritos en la página anterior.

Paso 1. Complete el formulario.

Todas las personas pueden completar el formulario. Puede utilizar un formulario impreso o hacer la solicitud por Internet en [www.oasis.iowa.gov](http://www.oasis.iowa.gov). Si decide hacer la solicitud utilizando este formulario, responda todas las preguntas que pueda. **Si no puede completar todo el formulario de solicitud en un solo día, complete al menos su nombre, domicilio y firma, y entregue la Página 1. Por favor, recuerde que debe completar el resto del formulario y entregarlo lo antes posible.** Si necesita ayuda para llenar el formulario, pída ayuda en la oficina local de Department of Human Services (DHS).

Paso 2. Devuélvanos el formulario.

Puede enviar la solicitud por correo o por fax, o llevarla a la oficina local de DHS. **Su fecha de solicitud será la fecha en que recibamos la Página 1 con su nombre, domicilio y firma. Ese día comienza a correr el tiempo que tenemos para gestionar su solicitud. También es la fecha en que su Food Assistance podría comenzar.**

Paso 3. Entréguenos comprobantes y venga a una entrevista si se lo pedimos.

Es posible que le pidamos:

- Comprobante de su identidad y la identidad de las personas para quienes solicita asistencia. Algunos ejemplos son: licencia de conductor, tarjeta del seguro social o su documentación como inmigrante.
- Comprobante de que usted y las personas para quienes solicita asistencia son ciudadanos estadounidenses o están nacionalizados.
- Comprobantes del dinero que recibió en los últimos 30 días, por ejemplo: recibos de sueldo, registros de trabajo por cuenta propia o cartas aprobando asignaciones.
- Comprobantes de cosas que tenga, por ejemplo: cuentas bancarias, cuentas de fideicomisos, acciones o bonos.

Podría tener que presentar otros comprobantes. Si no puede presentarlos de inmediato, se le dará tiempo para que los consiga. Si no puede conseguir los comprobantes, pídale a DHS que le ayude a conseguirlos.

Se programará una entrevista, si es necesario. Debe venir a la entrevista aunque no tenga todos los comprobantes que necesitamos. No es necesario hacer entrevistas en el caso de presentar la solicitud para Child Care Assistance únicamente.

## Información sobre la situación inmigratoria

Puede presentar la solicitud para parte del grupo familiar aunque algunos integrantes sean inmigrantes ilegales. Por ejemplo, los padres que son inmigrantes ilegales pueden presentar la solicitud para los hijos que son ciudadanos estadounidenses o inmigrantes legales documentados. Debe presentar la documentación inmigratoria o de ciudadanía estadounidense de cada una de las personas para las que presenta la solicitud.

La situación inmigratoria de su grupo familiar podría ser verificada con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración. Toda información que recibamos de dicho organismo podría afectar los beneficios de su grupo familiar. No nos comunicaremos con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración para averiguar sobre las personas para las cuales no solicite asistencia. No obstante, podremos utilizar sus ingresos y activos para ver si el resto del grupo familiar puede obtener ayuda.

**Addendum to Application and Review Forms for Release of Information  
(Adenda de los Formularios de Solicitud y Revisión para Divulgación de Información)**

**Divulgación de Información OPCIONAL**

**¡Ayúdenos a ayudarle!**

No es obligatorio que firme esta autorización, pero nos ayudaría a obtener la información que necesitamos para ayudarle, y no tendríamos que pedirle que firme solicitudes específicas.

**Debe saber que:**

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si necesitáramos que nos proporcione más información, recibirá una carta informándole qué necesitamos y la fecha en debe entregarla.
- Es su responsabilidad conseguir dicha información o pedirnos que le ayudemos a conseguirla.
- Si no nos proporciona dicha información ni nos pide ayuda antes de la fecha de entrega de la misma, su solicitud podría ser denegada o la asistencia podría terminar.
- Podríamos utilizar la siguiente autorización para obtener la información necesaria. **Pero aún así, deberá conseguir la información que le solicitemos o pedirnos ayuda para conseguirla.**
- Podríamos adjuntar una copia del mismo a otros formularios para solicitarles a otras personas u organizaciones (como, por ejemplo, su empleador) que nos proporcionen información específica sobre usted o los miembros de su grupo familiar.

**Escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo para autorizarnos a obtener la información necesaria.**

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN  
(Release of Information)**

Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar.  
(I hereby authorize any person or organization to give the Iowa Department of Human Services requested information about me or other members of my household.)

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.  
(A copy of this release is as valid as the original.)

Esta autorización no es válida en el caso de información protegida referida a la salud.  
(This release does not apply to protected health information.)

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma.  
(This release is good for 12 months from the date signed.)

\_\_\_\_\_  
Su nombre (en imprenta legible)  
(Your Name – please print clearly)

\_\_\_\_\_  
Nombre de otro adulto (en imprenta legible)  
(Other Adult Name – please print clearly)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca  
(Signature or Mark)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca  
(Signature or Mark)

\_\_\_\_\_  
Fecha  
(Date)





Iowa Department of Human Services

## Financial Support Application (Solicitud de Ayuda Financiera)

### ¿Qué tipo de ayuda desea?

Parte A

Marque las casillas correspondientes a los programas que desea solicitar. No marque ningún programa que actualmente ya está recibiendo.

**Food Assistance**     **Family Investment Program**     **Child Care Assistance**

### Sus datos

Parte A

Nombre	Teléfono (    )	<b>¿Es mejor que le llamemos a la mañana o a la tarde?</b>	
Número de Social Security	Fecha de nacimiento		
Domicilio	Ciudad	Estado	Cód. Postal
Dirección Postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Cód. Postal

### Su firma

Parte A

Certifico, bajo pena de cometer perjurio, que:

- La información que estoy por dar es correcta y completa a mi leal saber y entender.
- Mi respuesta con respecto a la ciudadanía o el estado legal inmigratorio de cada una de las personas para las que solicito asistencia es correcta.

Conserve la portada y la Parte E.

Su firma o marca	Fecha de hoy
Firma de la persona que me ayudó a completar el formulario, si corresponde	Fecha de hoy
Nombre en letra de imprenta de la persona que me ayudó a completar el formulario, si corresponde	Teléfono
Dirección postal de la persona que me ayudó a completar el formulario	Ciudad      Estado      Cód. Postal

**Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la oficina local de DHS.**

**Food Assistance en 7 días – Servicio de Emergencia**

¿Quién puede recibir Food Assistance en 7 días?

- Grupos familiares con ingresos brutos inferiores a \$150 por mes y con activos, como dinero en efectivo o cuentas bancarias, con \$100 o menos;
- Grupos familiares con alquileres, hipotecas o servicios públicos que superan el ingreso bruto mensual y los activos del grupo familiar;
- Grupos familiares con trabajadores rurales por temporada y con activos de \$100 o menos que dejarán de recibir ingresos o comenzarán a recibirlos.

**Food Assistance en 30 días**

Si no obtiene Servicio de Emergencia, recibirá Food Assistance dentro de 30 días si califica, o una carta informándole por qué no califica.

**Todos los otros programas**

Le enviaremos una carta dentro de los 30 días posteriores a la fecha de recepción de su solicitud, en la que le informaremos si recibirá ayuda o no.

Utilizamos los siguientes términos en este formulario. Esto es lo que significan:

<b>Extranjero</b>	Una persona que no es ciudadana estadounidense.
<b>Tarjeta EAC</b>	Una tarjeta electrónica (tarjeta de débito Visa) para cobrar su asistencia en efectivo.
<b>Tarjeta EBT</b>	Una tarjeta magnética de plástico que usará en la tienda de comestibles para comprar alimentos.
<b>Elegible</b>	Que cumple con todas las normas del programa.
<b>Grupo familiar</b>	Un grupo de personas que viven juntas.
<b>PROMISE JOBS</b>	Un programa de capacitación laboral para Family Investment Program (FIP).
<b>Control de calidad</b>	Una unidad de DHS que podría evaluar su caso para ver si está recibiendo la asistencia correcta. Si su caso es seleccionado, la unidad de control de calidad se comunicará con usted.
<b>Refugiado</b>	Una persona que ingresa a los EE.UU. en condición de refugiado.
<b>Necesidades especiales para guardería</b>	Un menor que ha sido diagnosticado por un profesional y sufre una afección que limita las actividades más importantes de la vida diaria.

## Información sobre Números de Social Security

Parte A

Podemos ayudar sólo a aquellas personas que nos den su número de Social Security (SSN) o el comprobante de solicitud expedido por la oficina de Social Security. **No tiene obligación de darnos los SSN de las personas de su grupo familiar para las que no solicita asistencia, pero puede hacerlo si lo desea.** No obstante, utilizaremos los SSN informados del mismo modo que utilizamos los SSN de las personas que reciben asistencia.

Les denegaremos asistencia a aquellas personas que no informen su número de Social Security (SSN). Existen algunas excepciones a esta regla. Pregúntele a su asistente.

No le informaremos ninguno de los SSN al Citizen and Immigration Service (Servicio de Ciudadanía e Inmigración).

## Personas que viven en su hogar

Parte A

Indique los nombres de todas las personas que viven en su hogar y marque la casilla **sí** o **no** para indicar si está solicitando asistencia para dicha persona. Si elige "no", debe indicar solamente el nombre, el parentesco con usted y la fecha de nacimiento.

\*Obligatorio para FIP únicamente.

Tenemos que preguntarle sobre su etnia y raza, pero no tiene obligación de responder. El motivo de estos datos es garantizar que las prestaciones del programa sean distribuidas sin tener en cuenta la raza, el color o el país de origen. Su respuesta no afectará el importe de la asistencia ni cuándo la recibirá. Si decide responder, utilice los siguientes códigos:

\*\*Etnia

H = Hispano o latino  
N = Ni hispano ni latino

\*\*\*Raza (Elija todas las que correspondan)

W = Blanca  
B = Negra o afroamericana  
A = Asiática  
I = Indio americano o nativo de Alaska  
N = Nativo Hawái u otra isla del Pacífico

¿Solicita asist.? Sí/No	Nombre y Apellido (Primer nombre, inicial, apellido)	Parentesco con usted	Fecha de Nac.	Estado de Nac.*	Último grado escolar*	Nº de Social Security	Etnia **	Raza ***	¿Ciudadano? Sí/No	Si es Extranjero, Estatus
		Yo								

### Abuelos y otras personas que solicitan asistencia para menores que no son hijos propios:

Si está solicitando el programa FIP **sólo** para sus hijos, responda el resto de las preguntas refiriéndose sólo a sus hijos. Si está solicitando Asistencia Alimentaria, Asistencia para el Cuidado Infantil o desea obtener los beneficios de FIP para usted, responda las preguntas acerca de todas las personas de su hogar.

Indique el nombre de las personas discapacitadas que viven en su hogar: \_\_\_\_\_

Indique el nombre de los mayores de 18 años que cursan estudios superiores o comerciales: \_\_\_\_\_

Indique el nombre de las personas que reciben beneficios médicos de otro estado: \_\_\_\_\_

¿En qué estado? \_\_\_\_\_

Nombre a las personas que sean pensionistas o huelguistas: \_\_\_\_\_

**Antecedentes penales e inhabilitaciones**

**Parte A**

¿Alguien está huyendo para evitar que lo procesen, lo detengan o lo encarcelen por un delito grave?  Sí  No

¿Alguien ha violado su libertad condicional o bajo palabra?  Sí  No

¿Alguien está en la cárcel o prisión o espera ir a la cárcel o prisión?  Sí  No

¿Alguien ha sido inhabilitado para el programa Food Assistance en algún estado por fraude o infracción al programa?  Sí  No

**Gastos**

**Parte A**

Para recibir toda la asistencia posible, cuéntenos sobre sus gastos.

Indique la parte que paga para el cuidado diurno de niños o adultos discapacitados que viven con usted:

Quién recibe cuidado: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por mes

Si alguien actualmente paga manutención de menores, indique lo siguiente:

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

**Ingresos**

**Parte A**

Debe informarnos sobre todo el dinero que reciben los integrantes de su grupo familiar. Si deja un espacio en blanco, entenderemos que no existe dinero de dicho tipo. Utilice una hoja extra si es necesario.

Indique todos los empleos que tienen los integrantes de su grupo familiar.

¿Quién trabaja?	Nombre del empleador	¿Cuánto cobra por hora?	¿Cuántas horas espera trabajar por semana?	¿Con qué frecuencia cobra?	¿Recibe propinas?
		\$ _____	Horas normales: _____ Horas extras: _____	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/> Sí, Importe semanal \$ _____ <input type="checkbox"/> No
		\$ _____	Horas normales: _____ Horas extras: _____	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/> Sí, Importe semanal \$ _____ <input type="checkbox"/> No

¿La cantidad de dinero informada arriba continuará siendo más o menos la misma?  Sí  No

Si respondió no, explique: \_\_\_\_\_

¿Alguien ha sido contratado pero aún no ha recibido paga?  Sí  No

Si respondió sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_

¿Alguien ha reducido sus horas de trabajo o dejó su empleo en los últimos 30 días?  Sí  No

Si respondió sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_

¿Qué otros ingresos recibe su grupo familiar?	¿Quién lo recibe?	Importe Mensual
Empleo por cuenta propia o trabajos esporádicos		
Beneficios por desempleo o indemnización por accidentes laborales ( <i>Worker's Compensation</i> )		
Beneficios de Social Security o SSI		
Beneficios para Veteranos, Jubilaciones o Fondos de Retiro		
Manutención o Pensión de Alimentos		
Dinero proveniente de amigos o parientes		
Otros: (Incluyendo pagos irregulares o que se reciben una sola vez) Explique:		

¿El monto de esos otros ingresos continuará siendo más o menos el mismo?  Sí  No

Si respondió no, explique: \_\_\_\_\_

## Recursos (Activos)

## Parte A

¿Alguien tiene un auto, camioneta, bote, casa rodante, motocicleta u otro vehículo?  Sí  No

Si respondió sí, indique la marca, el modelo y el año.

Indique el total de dinero que tienen en:

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

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

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

Nombre a las personas que:

Son propietarias de terrenos, edificios o viviendas que no sea la casa en la que usted vive: \_\_\_\_\_

Son propietarias de bienes conjuntamente con alguien que no vive en su vivienda: \_\_\_\_\_

Poseen la tutela legal de un adulto o un fideicomiso: \_\_\_\_\_

Ha vendido, canjeado o regalado bienes en los últimos tres meses: \_\_\_\_\_

**Food Assistance****Parte B**

Si no recibe Food Assistance y desea solicitarla, responda las preguntas de esta sección.

Indique los nombres de las personas de su grupo familiar que **no** solicitan Food Assistance:

Infórmenos quién no come con usted: \_\_\_\_\_

Indique quién tiene una tarjeta EBT de Iowa: \_\_\_\_\_

¿Alguien es trabajador rural estacional o itinerante?  Sí  No

¿Usted o algún miembro de su grupo familiar ha sido condenado, con posterioridad al 22 de septiembre de 1996, por:

Comprar o vender beneficios de Food Assistance por más de \$500?  Sí  No

Actuar fraudulentamente porque recibieron beneficios duplicados de Food Assistance en cualquiera de los estados?  Sí  No

Canjear beneficios de Food Assistance por drogas, armas, municiones o explosivos?  Sí  No

**Ayuda para solicitar Food Assistance****Parte B**

Puede pedirle a otra persona que complete el formulario, responda las preguntas por usted, dé información en la entrevista y compre alimentos con la tarjeta EBT. Si decide que alguien le ayude, podremos compartir información con dicha persona. No tiene obligación de hacerlo.

Podremos compartir información con esta persona. Infórmenos quién es la persona que le ayudará.

Nombre	Domicilio	Teléfono

**Gastos de Food Assistance****Parte B**

Para recibir toda la asistencia para alimentos que sea posible, cuéntenos sobre sus facturas.

**Vivienda y servicios públicos**

¿Qué parte paga de los siguientes gastos?

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

Alquiler de terreno: \$ \_\_\_\_\_ por mes

Hipoteca: \$ \_\_\_\_\_ por mes

Si paga impuestos o seguros aparte de la hipoteca, indique los montos a continuación:

Impuestos a la propiedad: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Seguro de propietario: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Marque las casillas correspondientes a las facturas de servicios públicos que paga:

Luz/electricidad

Agua y cloacas

Gas

Recolección de residuos

Teléfono

Otros costos cobrados por el propietario

Otras, explique \_\_\_\_\_

Marque esta casilla si debe pagar facturas por calefacción o aire acondicionado.

Marque esta casilla si recibió asistencia para energía eléctrica el año pasado en su domicilio actual.

Marque esta casilla si tiene un plan de vivienda con alquiler económico.

Si respondió sí, ¿qué parte del alquiler paga? \$ \_\_\_\_\_

## Gastos Médicos

Infórmenos sobre los gastos médicos que el seguro no paga para personas discapacitadas o mayores de 59 años. Pueden ser facturas de médicos o del hospital, medicamentos, transporte, primas del seguro médico u otros servicios médicos.

Quién paga: \_\_\_\_\_ Importe por mes: \$ \_\_\_\_\_

## Ayuda para pagar gastos

Si recibe ayuda para pagar sus gastos, infórmenos:

Qué gasto se pagó	Quién lo pagó	Importe pagado

## Family Investment Program (FIP) o Refugee Cash Assistance Parte C

Si no recibe FIP ni Refugee Cash Assistance y desea solicitarlos, responda las preguntas de esta sección.

Indique el nombre de las personas que viven en su hogar que **no** solicitan FIP:

\_\_\_\_\_

Nombre a las personas que tienen una tarjeta electrónica (EAC) de Iowa: \_\_\_\_\_

Indique el nombre de las embarazadas que viven en su hogar: \_\_\_\_\_

Indique el nombre de aquellos que están en las fuerzas armadas, son veteranos o cónyuges de veteranos: \_\_\_\_\_

¿Alguien espera recibir un pago por única vez, por ejemplo, una herencia o una liquidación del seguro, o alguien los recibió en los últimos 3 meses?  Sí  No

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

Indique el nombre de quien haya recibido TANF u otros beneficios de de asistencia en efectivo fuera de Iowa desde el 1 de enero de 1997: \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿En qué meses? \_\_\_\_\_

## Manutención de menores

Complete esta sección para cada uno de los progenitores que no viven en el hogar con sus hijos.

Nombre y domicilio del progenitor que no vive en el hogar	Fecha de Nac. del progenitor	Nº de Social Security Number del progenitor	Nombres de los hijos de este progenitor	Condado donde se presentó la orden judicial, si corresponde

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

Si está/estuvo casado/a con este progenitor, indique la fecha y el lugar del casamiento: \_\_\_\_\_

Si no recibe Child Care Assistance y desea solicitarla, responda las preguntas de esta sección.

Indique los nombres de los niños que viven en su hogar y necesitan guardería: \_\_\_\_\_

Indique los nombres de los niños que tienen necesidades especiales: \_\_\_\_\_

Indique los horarios laborales de los adultos de su grupo familiar.

Nombre de la persona que trabaja _____	Nombre de la persona que trabaja _____
Lunes _____ a _____	Lunes _____ a _____
Martes _____ a _____	Martes _____ a _____
Miércoles _____ a _____	Miércoles _____ a _____
Jueves _____ a _____	Jueves _____ a _____
Viernes _____ a _____	Viernes _____ a _____
Sábado _____ a _____	Sábado _____ a _____
Domingo _____ a _____	Domingo _____ a _____

¿Necesita guardería mientras asiste a un establecimiento educativo?  Sí  No  
 Si respondió que sí, deberá entregarnos una copia de su horario escolar.

¿Está inscripto/a en una institución de educación superior?  Sí  No

¿Necesita guardería por otro motivo, por ejemplo, hospitalización o búsqueda de empleo?  Sí  No

Si respondió sí, explique: \_\_\_\_\_

Indique el nombre de la persona o agencia que cuidará a sus hijos:

Nombre del proveedor	Teléfono	
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre usted y el otro progenitor o tutor si vive en su hogar.

¿Usted o el otro progenitor en el hogar están en servicio activo en las fuerzas armadas?  Sí  No

¿En una unidad de la guardia nacional o de la reserva?  Sí  No

Si respondió sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Su familia vive en alguno de los siguientes tipos de alojamientos?

¿Viven en: un motel, un automóvil o un campamento?  Sí  No  
 un albergue u otro tipo de vivienda temporal?  
 una casa o un departamento, con amigos o familiares (vivienda compartida)?

Los bienes son cosas como viviendas, automóviles, casas rodantes, acciones y bonos, o dinero en efectivo.

¿Tiene menos de un millón de dólares en bienes?  Sí  No

Usted o la persona que le esté ayudando pueden solicitar una audiencia de apelación si no están de acuerdo con las acciones tomadas en su caso. En el caso de Food Assistance, puede apelar por escrito o por teléfono. Para todos los otros programas, debe apelar por escrito. Para apelar por escrito, haga una de las siguientes cosas:

- Complete la solicitud electrónicamente en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o
- Escriba una carta diciéndonos por qué cree que la decisión está errada, o
- Llame un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede conseguirlo en la oficina DHS del condado.

Envíe o lleve su apelación a Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar la apelación, pregunte en la oficina de DHS de su condado.

Puede representarse usted mismo o pedirle a un amigo, pariente, abogado o alguien más que actúe en su nombre.

Puede comunicarse con la oficina de DHS del condado para informarse sobre servicios legales. Es posible que deba pagar dichos servicios. De ser así, el pago será proporcional a sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al (515) 243-1193.

Es política de Iowa Department of Human Services (DHS) ofrecer trato igualitario con respecto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, incapacidad, ideología política o estatus de veterano.

Si cree que DHS le ha discriminado o acosado, le agradeceremos que envíe una carta explicando detalladamente su queja a: Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 o a través de correo electrónico a [contactdhs@dhs.state.ia.us](mailto:contactdhs@dhs.state.ia.us)

### **Food Assistance**

Esta institución tiene prohibido discriminar debido a raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o ideología política.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) también prohíbe la discriminación debido a raza, color, país de origen, sexo, credo o religión, discapacidad, edad, ideología política, y como represalia o castigo por participación previa en movimientos de Derechos Humanos, en cualquiera de los programas o de las actividades realizadas o financiadas por USDA.

Las personas discapacitadas que requieran medios alternativos de comunicación (ej. Braille, letras grandes, grabaciones de audio, lenguaje de señas, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron la solicitud para beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con USDA a través del servicio federal de retransmisión: (800) 877-8339. Además, la información del programa también está disponible en otros idiomas aparte de inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario *USDA Program Discrimination Complaint* (AD-3027), que se encuentra en la siguiente página de Internet: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en todas las oficinas de USDA, o escriba una carta dirigida a USDA e incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar el formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o la carta a USDA por:

Correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, DC 20250-9410; or

Fax: (202) 690-7442; or

Email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

En el caso de información debido a problemas con el Programa SNAP (*Supplemental Nutrition Assistance Program*) (Food Assistance en Iowa), debe comunicarse con la línea directa de USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a las líneas directas de información estatal por Internet en: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)

Para presentar una queja por discriminación de un programa que recibe asistencia económica del gobierno federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos, escriba a: *HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201*, o llame al (202) 619-0403 (teléfono de voz) o al (800) 537-7697 (teléfono de texto).

Esta institución brinda igualdad de oportunidades para todos.

## Todos los programas

## Parte E

### Verificamos lo que nos informa

**La información que nos proporciona puede ser verificada por funcionarios federales, estatales y municipales para asegurarnos que es cierta. Las cosas que podemos verificar con respecto a las personas mencionadas son: número del seguro social, empleo y salario, monto de la cuenta bancaria, estado legal de inmigración, montos recibidos de otras fuentes como Social Security o el seguro de desempleo. Si la información que nos proporciona no es correcta, podremos denegar su solicitud.**

**Podemos verificar los registros de otros estados para ver si los miembros de su grupo familiar pueden recibir beneficios en Iowa. Esto se hace porque una persona podría haber sido inhabilitada de un programa en otro estado.**

**Verificamos y usamos sistemas informáticos como el State Income and Eligibility Verification System. Si algo que nos informó no coincide con la información del sistema, verificaremos para averiguar cuál es la correcta. Podríamos verificar su información comunicándonos con su empleador, su banco y otras personas. Para hacer este tipo de verificación con su empleador, su banco y otras personas, primero le preguntaremos a usted. Dicha información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar.**

### Cosas que debe saber

DHS puede entregarles sus respuestas a los funcionarios del orden público para que atrapen a aquellas personas que estén huyendo para eludir a la ley.

La unidad de Control de Calidad o la Unidad de Investigaciones pueden revisar su caso. Ellos pueden comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener comprobantes de su información. Al firmar este formulario, usted nos autoriza a divulgar información confidencial a la unidad de Control de Calidad o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con ellas para conservar sus beneficios.

En caso de no ser elegible para recibir beneficios, deberá reintegrar todos los beneficios que obtuvo o que hayan sido pagados a terceros en su nombre.

La sección 1128B de la Ley de Seguridad Social establece penas a nivel federal por actos fraudulentos y la presentación de información falsa relacionada con estos programas.

Toda persona que obtenga, intente obtener o ayude a otra a obtener asistencia a la cual no tiene derecho, es culpable de infracciones a las leyes del estado de Iowa. Esto incluye, entre otros, los capítulos 239B, 243, 249 y 249A del Código de Iowa.

Sus gastos pueden ser usados para calcular el monto de la asistencia que recibirá. Si informa y presenta comprobantes de sus gastos, puede pedir que los mismos se incluyan en el cálculo de sus beneficios. Si no informa ni presenta comprobantes de sus gastos, entonces se considerará que usted eligió no reclamar el gasto. Puede informar y presentar comprobantes más adelante y el gasto podrá computarse en meses futuros.

Se le entregará la Com. 233 durante la entrevista. En ella encontrará información sobre todos los otros derechos y obligaciones que no hayan sido mencionados en este formulario.

## Food Assistance

## Parte E

### Normas del Programa Food Assistance

Cumpla estas normas:

- **NO** oculte ni proporcione información falsa a propósito para obtener Food Assistance.
- **NO** use los beneficios de Food Assistance para comprar artículos que no sean alimentos, como por ejemplo alcohol o tabaco.
- **NO** canjee, ni venda ni regale los beneficios de Food Assistance.
- **NO** utilice los beneficios de Food Assistance de otra persona para su uso personal.
- Con los beneficios de Food Assistance, **NO** compre productos con envases retornables por los que debe pagar un depósito, con la intención de obtener dinero en efectivo cuando devuelve el recipiente vacío a la tienda.
- **NO** compre alimentos en cuotas e intente pagarlos con Food Assistance.
- **NO** compre productos con beneficios de Food Assistance para revenderlos y obtener dinero en efectivo u otras cosas que no sean los alimentos aprobados.
- **NO** deje de informar si los ingresos de su grupo familiar superan el límite establecido.

Si obtiene Food Assistance, su asistente le informará cuál es el límite de ingresos para su grupo familiar. Si los ingresos de su grupo familiar superan el límite establecido durante un mes, debe informarnos antes del 10mo día del mes siguiente. Si no nos informa a tiempo, podría tener que reintegrar los beneficios.

### Sanciones del Programa Food Assistance

Toda persona que quebrante las normas mencionadas anteriormente:

- **No podrá recibir Food Assistance por 1 año la primera vez, 2 años la segunda vez, y en forma permanente la tercera vez;**
- **Podrá ser sancionada con una multa de hasta \$250,000 o con prisión de hasta 20 años, o ambas; y**
- **Podrá ser excluida de Food Assistance por 18 meses adicionales, por orden judicial.**

**Si un tribunal le encuentra culpable de comprar, vender o comerciar con más de \$500 de Food Assistance, perderá sus beneficios para siempre.**

**Si un tribunal le encuentra culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por armas, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.**

**Si un tribunal le encuentra culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por sustancias controladas, perderá dichos beneficios por dos años la primera vez y para siempre la segunda vez.**

**No recibirá Food Assistance por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener Food Assistance en más de un grupo familiar a la vez. Esta sanción se aplica si proporciona información incorrecta acerca de quién es o dónde vive.**

***Dar información falsa a propósito puede ocasionar que iniciemos acciones legales en su contra, ya sea acciones penales o civiles. También puede ocasionar que sus beneficios sean reducidos o que deba reintegrar el dinero que recibió.***

## **Cosas que debe saber**

Los grupos familiares elegibles para Food Assistance pueden recibir una notificación informándoles que son elegibles para el programa “Promoting Awareness of the Benefits of a Healthy Marriage” (Promoción para concientizar sobre los beneficios de un matrimonio sano) y un panfleto describiendo dichos beneficios. Al entregar esta información, DHS puede utilizar normas diferentes que podrían ayudarle a obtener Food Assistance.

Si recibe un sobrepago de Food Assistance, DHS le entregará sus respuestas a las agencias federales y estatales, así como también a agencias privadas que se encargan de cobrar reclamos, para que recuperen el sobrepago.

La oficina de Food Assistance puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener comprobantes de su información.

Al firmar esta solicitud, usted acepta que todos los integrantes de su grupo familiar se registrarán para trabajar y cumplirán con todas las normativas laborales y de capacitación.

La fecha de presentación de la solicitud es diferente si su grupo familiar se encuentra en una institución y presentan la solicitud para Food Assistance y SSI (ingresos suplementarios) al mismo tiempo. En este caso, la fecha de presentación es la fecha de alta de la institución.

No se le denegarán beneficios de Food Assistance sólo porque se le denegaron beneficios de otros programas. Las solicitudes de Food Assistance no sufrirán retrasos debido a los requisitos de otros programas que haya solicitado.

La recolección de información en la solicitud, incluso los números de Social Security de todos los integrantes del grupo familiar, está autorizada por la Ley *Food and Nutrition Act* del año 2008 (llamada anteriormente *Food Stamp Act* del año 1977), con sus enmiendas, U.S.C. 7: 2011-2036. Los datos se utilizarán para determinar si su grupo familiar es elegible o continúa siendo elegible para participar en el programa Food Assistance. Verificaremos los datos mediante programas digitales que buscan datos coincidentes. También usaremos esta información para monitorear el cumplimiento con los reglamentos del programa y para la gestión del programa.

## **Family Investment Program (FIP) o Refugee Cash Assistance**

## **Parte E**

### **Cosas que debe saber**

En un plazo de 10 días a partir de la fecha en que ocurra un cambio, deberá informarle a DHS acerca de cambios como:

- Ingresos, cuando comienzan y terminan, incluso si recibe una herencia o un pago por única vez por manutención de menores vencida y adeudada
- Recursos y activos
- Personas que se mudan de su hogar o van a vivir al mismo

- Cambio de domicilio residencial o dirección postal
- Recepción de un número de Social Security (SSN)
- Cambio de escuela de un menor

Si su solicitud de FIP o Refugee Cash Assistance es aprobada, su Food Assistance podría ser reducida o cancelada.

Si se le aprueba para FIP, se le inscribirá en el programa PROMISE JOBS. Usted acepta que todos los integrantes de su grupo familiar que deban cooperar con PROMISE JOBS cumplirán con esto. Hable con su asistente si cree que existen motivos para no cooperar.

Si decide no participar en PROMISE JOBS, sus beneficios FIP serán limitados.

Mientras reciba FIP, deberá renunciar a sus derechos sobre la manutención de menores durante los meses que reciba FIP. El estado de Iowa retendrá la manutención de menores para reintegrar el dinero que usted recibe de FIP.

### **Uso de su tarjeta de acceso electrónica (EAC) para acceder a fondos del FIP/RCA de su cuenta bancaria personal**

Usted no puede acceder a sus beneficios de efectivo con su EAC ni con su tarjeta de débito personal en:

- Una licorería o cualquier otro lugar que venda principalmente bebidas alcohólicas
- Un casino u otro establecimiento de juegos y apuestas
- Un negocio que brinde servicios de entretenimiento para adultos, en el cual los artistas se desvestan o realicen un espectáculo sin ropa (como por ejemplo un local de strip tease).

Esto incluye estos tipos de negocios ubicados en Iowa, en territorios indígenas o en cualquier otro estado.

Si el DHS determina que usted ha accedido a sus beneficios de efectivo con su EAC o con su tarjeta de débito personal en uno de los lugares mencionados arriba, usted:

- Habrá cometido fraude,
- Tiene que devolver la cantidad de dinero retirada, además de cualquier cobro inherente al retiro, y
- Su familia no obtendrá beneficios de dinero en efectivo durante 3 meses luego del primer uso incorrecto de la tarjeta, y 6 meses luego de cada uso incorrecto adicional.

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

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

No recibirá FIP por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener FIP en más de un estado a la vez. Esta sanción se aplica si proporciona información falsa acerca de dónde vive.

## **Child Care Assistance (CCA)**

## **Parte E**

### **Cosas que debe saber**

En un plazo de 10 días a partir de la fecha en que ocurra un cambio, deberá informarle a DHS acerca de cambios como:

- Ingresos, incluso cambios en la tarifa por hora y cuando los ingresos empiezan o terminan
- Horas de trabajo
- Cambio de domicilio residencial o dirección postal
- Horario de clases
- Personas que se mudan de su hogar o van a vivir al mismo
- Cambio de proveedor de cuidado infantil