



**Departamento de Salud
División de Asistencia Pública**

Solo para uso oficial

FORMULARIO DE REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD

D.O. Date Rec'd _____
Fee Agent Date Rec'd _____
Fee Agent Signature _____

Marque la casilla de todos los programas que se deben revisar.

- SNAP
 Asistencia Pública para Adultos
 Asistencia Temporal
 Medicaid
 Beneficios para personas de la tercera edad

NOTA: Debe completar solo un formulario de revisión de todos los programas que se deban revisar este mes.

Complete el formulario y recuerde firmar la aceptación y la declaración de veracidad para evitar demoras en la tramitación.

Si necesita más espacio para alguna respuesta, use otra hoja. Escriba en letra de imprenta y de forma clara.

Nombre		Número de caso
Dirección de correo postal		
Dirección de residencia (si es distinta de la dirección de correo postal)		
Número de teléfono fijo	Número de teléfono para dejar mensajes	Número de teléfono laboral
¿Es el inglés su idioma principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, ¿cuál es su idioma principal? _____ Si el inglés no es su idioma principal, ¿puede leer y escribir en inglés con el dominio suficiente para entender y completar correctamente esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, llame al 1-800-478-7778 y le brindaremos ayuda con este formulario y proporcionaremos un intérprete sin costo.		

INFORMACIÓN SOBRE SU GRUPO FAMILIAR:

1. Mencione todas las personas que viven con usted y use nombres legales. Mencione el nombre de usted primero. La información sobre la raza y la etnia es voluntaria y no afectará a la posibilidad de recibir los beneficios ni a su cuantía. Esta información se usa para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan independientemente de su raza, color o nacionalidad. Para la Asistencia Alimentaria/SNAP, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) nos obliga a responder por usted si no se facilita ninguna información.

Nombre (Nombre Inicial del segundo nombre Apellido)	Parentesco con usted Si no tiene parentesco, escriba NR.	Fecha de nacimiento	¿Esta persona es un miembro de tiempo completo o de tiempo parcial de su grupo familiar? Encierre la respuesta con un círculo. Si es de tiempo parcial, ¿qué porcentaje del tiempo reside esta persona con usted?	Número de Seguro Social	¿Es ciudadano estadounidense? S/No	Raza	Grupo étnico
						Opcional: use los siguientes códigos	
	Usted		N/C				
			Tiempo completo/Tiempo parcial ___ %				
			Tiempo completo/Tiempo parcial ___ %				
			Tiempo completo/Tiempo parcial ___ %				
			Tiempo completo/Tiempo parcial ___ %				
			Tiempo completo/Tiempo parcial ___ %				
			Tiempo completo/Tiempo parcial ___ %				

Raza: (Puede seleccionar más de una raza)

AN = Nativo de Alaska

WH = Blanco

BL = Negro o afroamericano

AI = Indígena estadounidense

AS = Asiático

PI = Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

Origen étnico:

Y = Hispano o latino

N = No hispano ni latino

2. ¿Tiene previsto presentar una declaración de impuestos federal EL PRÓXIMO AÑO?
- SÍ. Si la respuesta es Sí, responda las preguntas de la “a” a la “c”. NO. Si la respuesta es No, pase a la pregunta “c”.
- a. ¿Presentar á una declaración conjunta con un cónyuge? S í No Si la respuesta es S í ¿cuál es el nombre de su cónyuge? _____
- b. ¿Declarar á a algún dependiente en su declaración de impuestos? S í No
Si la respuesta es S í mencione los nombres de los dependientes: _____
- c. ¿Lo declarar án como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? S í No
Si la respuesta es S í mencione el nombre del declarante de impuestos: _____
¿Cuál es su relación con el declarante de impuestos? _____
3. ¿Alguien de su grupo familiar está embarazada? S í No Si la respuesta es S í ¿qui é n? ¿Cuál es la fecha de parto? _____
4. ¿Alguien de su grupo familiar asiste a una institución de educación superior (estudios posteriores a la escuela secundaria)?
 S í No Si la respuesta es S í ¿qui é n? _____
¿De tiempo completo o de tiempo parcial? _____
5. ¿Alguien de su grupo familiar ha recibido asistencia del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) en Alaska o en cualquier otro estado? S í No
Si la respuesta es S í indique qui é n y cuándo _____
6. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido una condena por hacer una declaración falsa sobre su lugar de vivienda para recibir asistencia de dos o más estados al mismo tiempo? S í No
7. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido una condena por posesión, uso o distribución de una sustancia controlada después del 22 de agosto de 1996? S í No Si la respuesta es S í responda las preguntas de la “a” a la “d”.
- a. ¿Est á esa persona cumpliendo satisfactoriamente o ha completado correctamente un período de libertad condicional o de libertad bajo palabra? S í No
- b. ¿Est á esa persona en proceso de cumplir o ha completado correctamente la participación obligatoria en un programa de tratamiento por consumo de drogas o de alcohol? S í No
- c. ¿Ha tomado esa persona medidas para la rehabilitación, incluida la participación en un programa de tratamiento por consumo de drogas o de alcohol? S í No
- d. ¿Cumple esa persona correctamente con los requisitos de su plan de reinserción? S í No
8. ¿Usted o alguien de su grupo familiar huye de un enjuiciamiento, custodia o confinamiento por un delito grave o por un delito menor de clase A de cualquier estado, o violan actualmente las condiciones de la libertad condicional o de la libertad bajo palabra? S í No
9. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido una condena por intercambiar beneficios del SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996? S í No
10. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha sido condenado por recibir fraudulentamente beneficios del SNAP por duplicado en algún estado después del 22 de septiembre de 1996? S í No
11. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido una condena por comprar o vender beneficios del SNAP superiores a \$500 después del 22 de septiembre de 1996? S í No
12. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido una condena por intercambiar beneficios del SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996? S í No
13. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido una condena por abuso sexual agravado, asesinato, explotación y abuso sexual de menores o agresión sexual después del 7 de febrero de 2014? S í No Si la respuesta es S í, responda las preguntas “a” y “b”.
- a. ¿Est á n cumpliendo o han completado correctamente un período de libertad condicional o de libertad bajo palabra? S í No
- b. ¿Cumple esa persona correctamente con los requisitos de su plan de reinserción? S í No

INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS:

14. Mencione todos los vehículos que sean de su propiedad o que compre usted o alguien de su grupo familiar. *Incluya autom óviles, camionetas, botes, motocicletas, veh ículos recreativos (RV), veh ículos todoterreno (ATV), motos de nieve, etc.*

Nombre del propietario	Tipo de vehículo	Modelo/Año	Fines de uso	Monto adeudado	Valor actual
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

15. Mencione todas las viviendas, cabañas, propiedades, acciones, bonos y otros activos que usted u otra persona de su grupo familiar posean o estén comprando. Mencione las pólizas de seguro de vida o cuentas o pólizas de entierro que usted u otra persona de su grupo familiar posean, y el valor en efectivo actual de la cuenta o póliza.

Propietario	Tipo de propiedad o activo	Valor	Propietario	Tipo de propiedad o activo	Valor
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$

16. Mencione cuánto dinero usted u otra persona de su grupo familiar tienen en efectivo y en cuentas bancarias. Incluya moneda virtual o criptomoneda, fideicomisos y cuentas ABLE.

Proporcione una copia de su estado bancario más reciente para cada cuenta.

Nombres en la cuenta	Nombre del banco o cooperativa de crédito y sucursal	Número de cuenta	Saldo
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
	Dinero en efectivo a mano		\$

17. Mencione a cualquier persona de su grupo familiar que pertenezca a una empresa nativa (Native Corporation).

Nombre del accionista	Empresa nativa	Acciones propias	Monto y fecha del último dividendo

18. ¿Posee usted o alguien que vive con usted un permiso para pesca comercial o IFQ (cuota de pesca individual)?

Sí No Si la respuesta es Sí número de permiso/IFQ _____ Valor \$ _____

INFORMACIÓN SOBRE DINERO RECIBIDO:

19. Complete esta sección si usted o alguien de su familia trabaja. *Proporcione sus talones de pago más recientes o una declaración de empleo que haya completado su empleador. Si trabaja por cuenta propia, adjunte un comprobante de ingresos y gastos.*

Persona empleada	Empleador	Horas trabajadas	Salario por hora	¿Con qué frecuencia recibe el pago?
		por semana		

20. ¿Cambiar ápronto el trabajo, el salario o las horas de trabajo de alguien? S í No Si la respuesta es S í explique:

21. Mencione cualquier otro monto de dinero que usted o alguien de su grupo familiar reciba. *Incluya Seguro Social, SSI, BIA, VA, jubilación, seguro de desempleo, indemnización por accidentes laborales, asistencia para nativos, manutención infantil, moneda virtual o criptomonedas, regalos en efectivo, anualidades, etc.*

Persona que lo recibe	Fuente de ingresos	Monto	Persona que lo recibe	Fuente de ingresos	Monto
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$

22. ¿Prev éalg ún cambio en sus ingresos? S í No Si la respuesta es S í explique: _____

23. ¿Alguna persona trabaja a cambio de alimentos, alojamiento, servicios p úblicos, etc.? S í No Si la respuesta es S í explique: _____

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS DEL GRUPO FAMILIAR:

24. Complete esta sección si usted o alguien de su grupo familiar ha tenido alguno de estos gastos mensuales.

Proporcione evidencia del monto del alquiler mensual requerido, costos de servicios p úblicos, y montos anuales del impuesto a la propiedad y del seguro.

Tipo de gasto	Monto mensual	Tipo de gasto	Monto mensual	Tipo de gasto	Monto mensual
Alquiler/hipoteca	\$	Tel éfono	\$	Combustible para calefacción	\$
Alquiler de lotes o espacios	\$	Electricidad	\$	Gas natural	\$
Impuesto a la propiedad	\$	Agua y alcantarillado	\$	Madera o carb ón	\$
Seguro de vivienda	\$	Recolección de desechos	\$	Otros	\$

25. ¿Es usted responsable de pagar el costo de la calefacción de su casa? S í No

Si la respuesta es S í ¿qu écombustible utiliza para la calefacción de su casa? _____

26. Si comparte el pago de estos gastos con alguien o recibe ayuda para pagarlos (por ejemplo, ayuda para pagar el alquiler o la calefacción), explique: _____

27. Complete esta opción si alguna persona de su grupo familiar tiene gastos por la atención de un niño, un anciano o un adulto con discapacidad.

Proporcione evidencia de los montos pagados durante los últimos dos meses.

Nombre del niño o dependiente	Costo de atención mensual	Nombre del niño o dependiente	Costo mensual de atención
	\$		\$
	\$		\$

28. ¿Obtiene dinero que le ayuda a pagar los costos de atención de un dependiente? S í No Si la respuesta es S í ¿cu ánto? _____
¿De qui én? _____

29. Complete esta sección si usted o alguien de su grupo familiar paga manutención infantil. *Proporcione comprobante de su obligación mensual y el monto pagado en los últimos dos meses.*

Qui én paga manutención infantil	A qui én se le paga	Cu ánto	Cu ándo
		\$	
		\$	

30. Complete esta sección si usted o alguna persona de su grupo familiar tiene más de 59 años o una discapacidad y tienen gastos médicos. *Mencione a la persona y proporcione evidencia de estos gastos.*

Persona que tiene gastos médicos	Monto	Persona que tiene gastos médicos	Monto
	\$		\$
	\$		\$

31. Si prevé algún cambio en los gastos o en las circunstancias de su hogar, explique: _____

No informar ni verificar alguno de los gastos mencionados anteriormente se considerará como una declaración por parte de su familia de que no desea recibir una deducción por los gastos no declarados.

COBERTURA/SEGURO DE SALUD:

32. En los últimos doce meses, ¿usted o algún miembro de su grupo familiar ha comenzado o finalizado la cobertura del seguro de salud a través de su empresa? Sí No Si la respuesta es Sí proporcione el nombre y la dirección del empleador, el nombre y el número de teléfono de la aseguradora, y una copia del frente y dorso de su tarjeta del seguro.

33. Si usted o alguna persona de su grupo familiar tiene seguro de salud, responda estas preguntas:

¿Alguno de ustedes está afiliado a alguno de los siguientes seguros de salud? Sí No

Si la respuesta es Sí marque el tipo de cobertura y escriba los nombres de las personas junto a la cobertura que tienen.

- Medicaid _____
- Medicare _____
- TRICARE _____
- Programas de atención médica de VA _____
- Seguro del empleador _____

Nombre del seguro de salud: _____

Número de póliza: _____

¿Es esta la cobertura COBRA? Sí No ¿Es un plan para jubilados? Sí No RIN: _____

Otros _____

34. ¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud tiene cobertura de salud obtenida de su trabajo? Marque la opción Sí aunque la cobertura se obtenga del trabajo de otra persona, por ejemplo, de uno de los padres o del cónyuge. Sí No Si la respuesta es Sí complete e incluya el Apéndice A.

REVISIÓN DE MEDICAID:

35. Complete esta sección si usted o alguien de su familia recibe Medicaid.

En los últimos doce meses, ¿usted o alguna persona del grupo familiar recibió tratamiento en un hospital debido a un accidente o a una enfermedad cuyo pago era responsabilidad de otra persona? Sí No Si la respuesta es Sí explique lo que sucedió y quién es responsable de pagar el tratamiento _____

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Si quiere autorizar a alguien que lo represente en todos los asuntos relacionados con su solicitud y su caso o quiere que la División comparta información sobre su solicitud o su caso con alguien, complete e incluya el Apéndice C.

CONFIRMACIÓN DE COMPRENSIÓN Y DECLARACIÓN DE VERACIDAD:

Aceptaciones

- Entiendo que debo ser residente actual de Alaska a fin de calificar para recibir los beneficios de Asistencia Pública administrados por la División de Asistencia Pública de Alaska. Además, entiendo que, si mi situación de residencia cambia, debo notificar el cambio a la División de Asistencia Pública de Alaska en un plazo de 10 días. También entiendo que, si salgo del estado durante 30 días o más, debo notificar mi ausencia a la División de Asistencia Pública de Alaska, independientemente de si me considero residente de Alaska o tengo intención de volver a Alaska o no.
- Entiendo que la elegibilidad para Asistencia Pública se determina en parte por los ingresos que mi grupo familiar tiene a su disposición. Con ese fin, entiendo que en esta solicitud debo divulgar todos los ingresos recibidos por mí y por los miembros de mi grupo familiar, incluidos, entre otros, los ingresos de las siguientes fuentes: empleo (incluido el empleo por cuenta propia), pensión alimentaria, manutención infantil, desempleo, alquiler neto o regalías, pensión y jubilación, Seguridad de Ingreso Suplementario, beneficios de veteranos y beneficios del Seguro Social.

- Entiendo que la elegibilidad para Asistencia Pública se determina en parte por los activos que mi grupo familiar tiene a su disposición. Con ese fin, entiendo que en esta solicitud debo divulgar todos los activos que poseo o que poseen los miembros de mi grupo familiar, incluidos, entre otros, los siguientes tipos de activos: propiedades (independientemente de si las propiedades están pagadas, se sigan pagando o las posea junto con otra persona), todas las cuentas bancarias (incluidas cuentas corriente y de ahorro), dinero en efectivo a mano, certificados de depósito, planes de ahorro universitario, pólizas de seguro de vida, planes de pensión, fondos de jubilación, acciones, bonos y anualidades, acciones de empresa nativa, fondos en fideicomiso, contenido de cajas de seguridad, derechos de explotación minera, cuentas IRA, permisos para pesca comercial y acuerdos de póliza de entierro.

He leído o me han leído la sección "Derechos y obligaciones" de la solicitud y entiendo mis derechos y obligaciones, incluidas las sanciones por fraude, como se describe en esta solicitud.

He leído o me han leído la sección "Aceptaciones" de la solicitud y comprendo cada una de ellas.

Bajo delito de perjurio, certifico que toda la información incluida en esta solicitud, incluida la ciudadanía estadounidense o el estado migratorio legal de todas las personas que solicitan los beneficios, es fiel y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante adulto: _____
Firma Fecha (mes/día/año)

Firma del otro solicitante adulto _____
Firma Fecha (mes/día/año)

REGISTRO DE VOTANTES:

Si quiere registrarse para votar, podemos brindarle ayuda enviándole los formularios correctos para que los complete. Si no responde la pregunta, se considerará que responde que No. Eso no impedirá que se pueda registrar para votar en el futuro.

¿Quiere registrarse para votar? Sí No

Personas y organizaciones de contacto

Para determinar su elegibilidad para recibir asistencia, es posible que tengamos que comunicarnos con personas u organizaciones que puedan responder preguntas sobre su situación. Al completar este formulario, nos permite comunicarnos con las personas y organizaciones que usted proporcione.

¿Qué preguntas hacemos?

Solemos hacer preguntas sobre dónde vive, con quién vive y los ingresos y recursos de su grupo familiar. Es posible que también le pidamos información sobre uno de los padres del niño que no vive en el hogar.

¿Qué información les proporcionamos?

Cuando nos comunicamos con estas personas u organizaciones, les decimos nuestro nombre y cargo. También les comentamos que trabajamos en la División de Asistencia Pública. No les damos ninguna información sobre usted ni sobre su caso de asistencia pública.

1 Información sobre dos personas que lo conocen bien a usted:

Nombre y parentesco con usted	Dirección de correo postal	Teléfono para llamar de día

2 Información sobre su arrendador:

Nombre	Dirección de correo postal	Teléfono para llamar de día

3 Información sobre su empleador:

Nombre	Dirección de correo postal	Teléfono para llamar de día

Apéndice A: Cobertura de salud proveniente de trabajos

NO debe responder estas preguntas a menos que alguna persona de su grupo familiar sea elegible para recibir cobertura de salud de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Coméntenos acerca del trabajo que ofrece la cobertura.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social del empleado _____ - _____ - _____
---	--

Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN)	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador () - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿Con quién nos podemos comunicar para obtener información sobre la cobertura de salud para empleados de este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es distinto del anterior) () - _____	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continuar)

13a. Si está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo se podrá inscribir en la cobertura?
Mencione los nombres de las otras personas elegibles para la cobertura proveniente de este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No

Coméntenos acerca del plan de salud que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo* ofrecido solo al empleado (no incluya los planes familiares):
Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

El empleador empezará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima del plan de menor costo disponible solo para los empleados que cumplan el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento de los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).

APÉNDICE C: Designación de un representante autorizado OPCIONAL

¿Desea que alguien lo represente en todos los asuntos relacionados con su solicitud y su caso?

Puede darle permiso a una persona u organización de confianza para que hable de su solicitud y su caso con nosotros, consulte su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con su caso de asistencia pública. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". **Un representante autorizado puede hacer cambios en su caso de asistencia pública y tiene acceso a la información en el expediente de su caso. Usted será responsable de cualquier cambio que el representante autorizado designado haga con respecto a su caso, incluidos hasta posibles acusaciones de fraude.**

La División de Asistencia Pública puede divulgar cualquier información relacionada con su solicitud y su caso al representante autorizado o a cualquier miembro de la organización indicada en este formulario. Más de una persona u organización puede actuar como su representante autorizado.

Usted puede designar, retirar o cambiar a un representante autorizado en cualquier momento. Si en algún momento necesita cambiar el representante autorizado, comuníquese con la División de Asistencia Pública. *Si usted es el representante legalmente designado de una persona mencionada en esta solicitud y proporciona evidencia, no es necesario que complete esta sección.*

Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre y apellido) u organización		Número de teléfono
Dirección del representante autorizado, número de departamento o suite		Correo electrónico
Ciudad	Estado	Código postal

Nuevo Cambio Agregado Eliminar a esta persona u organización como mi representante autorizado

O

Permiso para divulgar información

¿Hay alguien con quien quiere que compartamos información sobre su solicitud y su caso?

Al completar esta sección, puede dar permiso para que la siguiente persona u organización reciba información sobre su solicitud de Asistencia Pública y el estado de sus beneficios, pero no tendrá la capacidad de actuar en su nombre como un representante autorizado. Usted le da permiso a la División de Asistencia Pública para que divulgue información sobre el estado de su caso a esta persona u organización adicional. Puede cancelar esta divulgación en cualquier momento; para ello, deberá comunicarse con la División de Asistencia Pública.

Nombre de la persona (nombre, segundo nombre y apellido) u organización		Número de teléfono
Dirección, número de departamento o suite		Correo electrónico
Ciudad	Estado	Código postal

Y

Firma del solicitante o del beneficiario	Fecha (mm/dd/aaaa)
Nombre en letra de imprenta del solicitante o del beneficiario	Número de Seguro Social o número de caso

Para que este formulario sea válido debe tener la firma del solicitante o del beneficiario.

Sus derechos y obligaciones

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con una decisión que se haya tomado?

Tiene derecho a analizar cualquier medida que se tome sobre su solicitud o caso junto con un asistente social o con un supervisor. Si cree que la División de Asistencia Pública o el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal cometió un error con respecto a la determinación de su seguro de salud o que la División de Asistencia Pública cometió un error en la determinación de los beneficios, puede apelar la decisión. “Apelar” significa informarle a alguien de la División de Asistencia Pública o del Mercado Facilitado por el Gobierno Federal que usted cree que la medida es incorrecta, y pedir una revisión de la medida en una audiencia imparcial. La solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y Medicaid se puede presentar ante cualquier empleado de la División, ya sea en persona, por teléfono o por escrito; las solicitudes para todos los demás programas se deben presentar por escrito. Las solicitudes de audiencia imparcial para el SNAP se deben presentar en un plazo de 90 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la medida. Las solicitudes de audiencia imparcial para todos los demás programas se deben presentar en un plazo de 30 días a partir de la fecha del aviso. Si lo solicita, la División lo ayudará a solicitar una audiencia. Si su desacuerdo tiene que ver con la facturación o los servicios médicos, comuníquese con la línea de ayuda de información para beneficiarios de Medicaid llamando al 1-800-780-9972.

Si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada de vigencia de la medida, puede continuar recibiendo beneficios hasta que se tome la decisión de la audiencia. Si no solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada de vigencia de la medida, aún puede apelar, pero no continuará recibiendo sus beneficios. Siempre puede volver a solicitar beneficios mientras espera su audiencia. En la audiencia, puede actuar por su cuenta o por medio de un representante legal. Es posible que califique para recibir asesoramiento y representación legal gratuitos comunicándose con Alaska Legal Services Corporation, llamando al (907) 272-9431 o al 1-888-478-2572.

Mi derecho a apelar

Sé que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con la División de Asistencia Pública o con el Mercado llamando al 1-800-318-2596. Sé que puedo estar representado en el proceso por alguien que no sea yo. Se me explicarán mi elegibilidad y otra información importante.

¿Cuándo debo notificar cambios?

Debe notificar cambios en su grupo familiar en un plazo de 10 días a partir del momento en que tenga conocimiento del cambio. Si recibe Asistencia Temporal de Alaska y uno de sus hijos se va de su casa, debe notificar este cambio en un plazo de 5 días.

¿Qué cambios debo notificar?

Si recibe beneficios del seguro de salud autorizados por el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal o Asistencia Pública de Medicaid, debe notificar todos los cambios en la información proporcionada en esta solicitud, incluidos los cambios en su seguro médico.

Si recibe el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria y no recibe beneficios de ningún otro programa, debe notificar cuando los ingresos brutos totales de su grupo familiar superen el límite de ingresos para el tamaño de su grupo familiar y si alguien de su grupo familiar tiene ganancias de la lotería o de apuestas de \$3,500 o más en un solo juego. Si su grupo familiar incluye miembros sujetos a los límites de tiempo de los Adultos Físicamente Capaces sin Dependientes (ABAWD), debe notificar cuando sus horas de trabajo sean inferiores a 20 horas por semana.

Si recibe servicios de asistencia pública, los cambios que debe notificar incluyen, entre otros, los siguientes:

- Comienza o deja un trabajo, cambia la tarifa salarial, cambia de tiempo parcial a tiempo completo o de tiempo completo a tiempo parcial.
- Si la cantidad de dinero que recibe de las fuentes que no son laborales cambia por más de \$50.
- Alguien se muda a su casa o se va de ella.
- Usted se muda u obtiene una nueva dirección postal.
- Su grupo familiar consigue un vehículo.
- Su grupo familiar tiene más de \$2,250 en total en efectivo y dinero en el banco.
- Hay cambios en el pago o en la obligación de manutención infantil.
- Hay cambios en su seguro médico si usted o algún miembro de su grupo familiar obtiene Medicaid.
- Hay cambios en el embarazo.

¿Tendré que trabajar?

Para recibir la Asistencia Temporal de Alaska o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, es posible que tenga que participar en actividades laborales. Los participantes del programa de Asistencia Temporal de Alaska deben preparar un plan de autosuficiencia familiar para llegar a ser económicamente independientes. Usted debe participar en actividades laborales aprobadas, a menos que califique para una exención. Si es padre o madre menor de edad y no está casado, para recibir la Asistencia Temporal de Alaska debe vivir con uno de sus padres o en otra vivienda aprobada y asistir a la escuela o a capacitación. Si no cumple estos requisitos laborales o requisitos de padre o madre menor de edad, es posible que sus beneficios se reduzcan o finalicen.

Lea y conserve esta página.

¿Qué sucede con mi manutención infantil?

Alaska debe cobrar la manutención infantil y la ayuda médica a cualquiera de los padres que tenga la obligación de pagar la asistencia para un hijo que recibe Asistencia Temporal de Alaska o Medicaid. Esto incluye todo dinero que se le adeude a usted al momento de presentar la solicitud como también pagos de manutención infantil actuales y futuros. Cualquier pago de manutención infantil que se le haya dado o efectuado a usted mientras recibe beneficios de Asistencia Temporal de Alaska se deberá notificar y entregar al estado inmediatamente. Para cambiar una orden de manutención infantil, debe obtener una nueva orden judicial o un permiso de la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD). Si cree que tiene un motivo válido para no cooperar con la CSSD para estos programas, debe informarlo al asistente social inmediatamente. Es posible que se le pida que proporcione información que respalde su motivo.

Cuando solicite Asistencia Temporal de Alaska debe hacer lo siguiente:

- Ceder a la CSSD su derecho a recibir y quedarse con los pagos de manutención infantil que se le adeudan a usted o a un niño que reciba la Asistencia Temporal de Alaska.
- Cooperar con la CSSD para establecer la paternidad.
- Acepta no realizar compras con los beneficios en efectivo de su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) en cajeros automáticos (ATM) ubicados en bares, licorerías, establecimientos de apuestas o de entretenimiento para adultos, ni acceder a dichos beneficios.

Cuando solicita Medicaid debe hacer lo siguiente:

- Asignar al estado de Alaska todos los derechos a cualquier asistencia médica u otros pagos de terceros en la medida en que el departamento haya pagado la asistencia médica para el cuidado y los servicios para usted o sus hijos menores.
- Cooperar con el departamento y ayudarlo a identificar y proporcionar información sobre terceros que puedan ser responsables de pagar los cuidados y servicios recibidos por usted o sus hijos menores.
- Estar de acuerdo con solicitar todos los demás recursos disponibles de terceros que puedan utilizarse para proporcionar o pagar el costo de la atención o de los servicios recibidos por usted o sus hijos menores o que puedan utilizarse para reembolsar al estado el costo de la atención o de los servicios recibidos.
- Cooperar con la CSSD para establecer la paternidad.
- Si solicita servicios de atención a largo plazo, incluidos los servicios de exención en el hogar y la comunidad, ceder al estado de Alaska como beneficiario restante o como segundo beneficiario restante después de su cónyuge o hijo menor de edad o con discapacidad cualquier interés que usted pueda tener en una anualidad hasta el monto de los beneficios de Medicaid recibidos.

¿Puede el estado de Alaska tomar mi patrimonio?

El patrimonio de una persona de 55 años o más que recibió beneficios de Medicaid puede estar sujeto a una demanda de recuperación. Esto se limita al reembolso de los servicios recibidos mientras el beneficiario estaba en una institución médica, incluidos los asilos u otras instituciones médicas, o recibía servicios en el hogar y la comunidad. En algunos casos, el estado de Alaska puede embargar la vivienda de un beneficiario. Sin embargo, la mayor parte de la recuperación del patrimonio se realiza después de la muerte del beneficiario o del cónyuge superviviente del beneficiario, si lo hay, y solo en el momento en que el beneficiario no tenga ningún hijo superviviente menor de 21 años ni ningún hijo superviviente con ceguera o discapacidad.

Responsabilidad por sobrepago

Si recibe un sobrepago de los beneficios de Asistencia Pública o recibe servicios a los que no tiene derecho, es posible que sea responsable económicamente de devolver el sobrepago o el costo de los servicios al estado de Alaska. Esto puede aplicar incluso si el sobrepago o la autorización indebida de los servicios se debe a un error por parte del Departamento de Salud. Al aceptar los beneficios o servicios, debe comprender y aceptar que es posible que sea responsable de reembolsar los beneficios o servicios a los que no tenía derecho.

¿Cómo se protegen mis derechos?

La División de Asistencia Pública recopilará información, incluido el número de Seguro Social (SSN) de cada miembro del grupo familiar que solicite el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, la Asistencia Temporal de Alaska o Medicaid, a fin de determinar la elegibilidad para recibir los beneficios de asistencia pública. La División verificará esta información a través de programas informáticos de comprobación, incluido el sistema de verificación de ingresos y ganancias (IEVS). Esta información se utilizará para comprobar el cumplimiento con las regulaciones del programa y para la gestión del programa. La División puede divulgar esta información a otras agencias federales y estatales para un análisis oficial, a funcionarios de cumplimiento de la ley con el fin de detener a las personas que huyen para evitar el cumplimiento de la ley, y a las agencias privadas de cobro de reclamaciones para tomar medidas de cobro. La División puede verificar el estado migratorio de los miembros del grupo familiar comunicándose con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). La información que se obtiene de estas agencias puede afectar su elegibilidad y nivel de beneficios.

Presentar la información requerida, incluido el número de Seguro Social de cada miembro del grupo familiar para quienes solicita los beneficios, es voluntario. Sin embargo, no suministrar esta información resultará en la denegación de beneficios para cada persona que no proporcione un número de Seguro Social. Cualquier número de Seguro Social proporcionado se usará y divulgará de la misma manera, independientemente de la elegibilidad de la persona. La División de Asistencia Pública puede ayudarlo a solicitar un número de Seguro Social si pide beneficios y no cuenta con el mismo.

Cuando firma la solicitud de asistencia y utiliza Medicaid o Asistencia médica para personas con enfermedades crónicas y agudas, da su consentimiento para que se divulguen las historias clínicas y la información sobre usted y sobre cualquier otra persona en nombre de la cual presenta una solicitud ante el Departamento de Salud (DOH). A petición, toda persona que tenga historias clínicas e información o la custodia de las mismas deberá entregarlas al Departamento o a un representante del mismo.

Lea y conserve esta página.

La información médica o de salud que el DOH pueda tener sobre usted está protegida en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996. Esta ley federal le da ciertos derechos sobre el uso y la divulgación de su información médica. También le permite conocer cómo el DOH usó su información médica y cómo el DOH la divulgó fuera del DOH. Además, la ley limita la divulgación de información sobre usted a la cantidad mínima necesaria con fines de la divulgación y le permite examinar y obtener una copia de su historia clínica personal y solicitar que se hagan correcciones a esa historia clínica.

Podrá obtener una copia digital del Aviso de prácticas de privacidad en el sitio web <https://health.alaska.gov/fms/Documents/DOH-Notice-of-Privacy-Practices.pdf> o puede solicitar una copia impresa enviando un correo electrónico a: privacyofficial@alaska.gov o por correo postal: State of Alaska, DOH Privacy Official, P.O. Box 110650, Juneau, Alaska 99811-0650.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan en los programas del USDA o que los administran tienen prohibida la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades anteriores relacionadas con derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Los programas que reciben asistencia financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), tales como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y los programas que gestiona directamente el HHS también tienen prohibida la discriminación en virtud de las leyes federales de derechos civiles y la normativa del HHS.

El USDA ofrece asistencia financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y lucha contra el hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), entre otros. Para presentar una queja por discriminación en programas, llene el Formulario de quejas por discriminación en programas (AD-3027) (que se encuentra en línea en: Cómo presentar una queja, y en cualquier oficina del USDA) o escriba una carta dirigida al USDA aportando toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o la carta al USDA por los siguientes medios:

1. correo postal: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. teléfono: (833) 620-1071; o
4. correo electrónico: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para cualquier otra información relacionada con el programa SNAP, las personas deben ponerse en contacto con la línea directa del programa SNAP del USDA llamando al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o a los números de información o líneas directas de cada estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de las líneas directas para cada estado), que se encuentran en línea en: línea directa del SNAP.

El HHS presta asistencia financiera federal a muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, incluidos el programa TANF, el Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), entre otros. Si cree que se lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS presta asistencia financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) en su nombre o en nombre de otra persona.

Para presentar una queja por discriminación en su nombre o en nombre de otra persona en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del HHS, llene el formulario en línea a través del Portal de quejas de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede ponerse en contacto con la OCR por correo postal en la siguiente dirección: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; o correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para una tramitación más rápida, lo animamos a que utilice el portal en línea de la OCR para presentar quejas en lugar de hacerlo por correo postal. Las personas que necesitan ayuda para presentar una queja sobre derechos civiles pueden escribir un correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar al número gratuito de la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden llamar al 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También facilitamos formatos alternativos (como braille y letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia lingüística sin cargo alguno para presentar una queja. Esta entidad ofrece igualdad de oportunidades.

Divulgación

Su firma en esta solicitud autoriza al Mercado Facilitado por el Gobierno Federal, al Departamento de Salud, a sus agentes y al Departamento Legal a pedir información sobre su salud, situación económica y antecedentes personales y familiares. Esta información se puede usar para determinar su elegibilidad para programas de asistencia pública y, si se inicia una investigación por fraude, en investigaciones administrativas y penales para determinar su elegibilidad para recibir beneficios. Su información no se divulgará por ningún otro motivo ni a ninguna otra persona o agencia fuera del Mercado Facilitado por el Gobierno Federal, el Departamento de Salud o sus representantes, salvo que la ley lo exija. La divulgación de información entrará en vigencia mientras usted sea solicitante o beneficiario de asistencia pública, y para cualquier investigación posterior acerca de su elegibilidad y recepción de beneficios.

Revisaremos sus respuestas con la información de nuestras bases de datos electrónicas y de las bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos, y una agencia de información al consumidor. Si la información no coincide, es posible que le pidamos que nos envíe pruebas. Además, podemos comunicarnos con otras personas u organizaciones incluidas, entre otras, las siguientes: Alaska Housing Finance Corporation, el Departamento de Pesca y Juegos, el Departamento de Trabajo, el Departamento Legal, el Departamento de Asuntos Militares y de Veteranos, el Departamento de Seguridad Pública, el Departamento de Hacienda, el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos, empleadores, instituciones financieras, arrendadores, gobiernos locales, corporaciones regionales, personas físicas, contratistas y cesionarios del programa de asistencia pública, autoridades escolares, la Administración del Seguro Social, empresas de corretaje y asesores en impuestos. Necesitamos esta información a fin de comprobar su elegibilidad para recibir servicios de asistencia pública y para comprobar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud si elige solicitarla. Además, el Departamento de Salud puede usar la información obtenida a partir de esta divulgación en los procedimientos administrativos contra usted y el Departamento Legal puede usar dicha información en los procedimientos penales contra usted.

Lea y conserve esta página.

¿Qué sucede si no cumplo con las reglamentaciones?

Es posible que se le inicie un proceso si, a sabiendas, da información falsa, incorrecta o incompleta para obtener o intentar obtener beneficios de asistencia pública para los que no es elegible, o para ayudar a alguien a obtener beneficios para los que esa persona no es elegible. Debe reembolsar cualquier beneficio que reciba erróneamente.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	
<p>Comprendo que si...</p> <p>Cometo una infracción intencional del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria definida en la sección 273.16 del título 7 del Código de Regulaciones Federales (CFR) o cualquiera de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oculto información o hago declaraciones falsas; • uso tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) que pertenecen a otra persona; • uso los beneficios de SNAP para comprar bebidas alcohólicas o tabaco; • comercializo o vendo beneficios o tarjetas EBT; 	<p>Es posible que...</p> <ul style="list-style-type: none"> • pierda los beneficios de SNAP durante 12 meses por la primera infracción y se me exija que reembolse todos los beneficios que se me sobrepagaron; • pierda los beneficios de SNAP durante 24 meses por la segunda infracción y se me exija que reembolse todos los beneficios que se me sobrepagaron; • pierda los beneficios de SNAP de manera permanente por la tercera infracción y se me exija que reembolse todos los beneficios que se me sobrepagaron; • reciba multas hasta de \$250,000.00, me encarcelen por hasta 20 años o ambos;
<ul style="list-style-type: none"> • comercialice los beneficios de SNAP a cambio de sustancias controladas, como drogas, 	<ul style="list-style-type: none"> • pierda los beneficios de SNAP durante 24 meses por la primera infracción; • pierda los beneficios de SNAP de manera permanente por la segunda infracción;
<ul style="list-style-type: none"> • suministre información falsa acerca de quién soy y dónde vivo para obtener más beneficios 	<ul style="list-style-type: none"> • pierda los beneficios de SNAP durante 10 años por cada infracción;
<ul style="list-style-type: none"> • haya sido condenado por comercializar o vender beneficios de SNAP por un valor de más de \$500, o por comercializar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos; 	<ul style="list-style-type: none"> • se me prohíba recibir los beneficios de SNAP de manera permanente.
Programa de Asistencia Temporal de Alaska	
<p>Comprendo que si...</p> <ul style="list-style-type: none"> • cometo una infracción intencional del programa o me condenan por fraude; • doy información falsa acerca de quién soy y de dónde vivo para poder obtener beneficios adicionales; • uso mis beneficios en efectivo del ATAP o accedo a ellos en cualquiera de los cajeros automáticos (ATM) ubicados en bares, licorerías, establecimientos de apuestas o de entretenimiento para adultos; 	<p>Es posible que...</p> <ul style="list-style-type: none"> • pierda los beneficios durante 6 meses por la primera infracción; • pierda los beneficios durante 12 meses por la segunda infracción; • pierda los beneficios de manera permanente por la tercera infracción; • también se apliquen otras sanciones y yo pueda ser objeto de un proceso penal; • tenga que devolver el monto recibido si hay un sobrepago.
Programa Medicaid	
<p>Comprendo que si...</p> <ul style="list-style-type: none"> • cometo una infracción intencional del programa o un abuso de este que produzca un uso indebido o excesivo de los beneficios de Medicaid, o me declaren culpable de mala conducta relacionada con los beneficios de Medicaid; • cometo fraude con la asistencia médica en virtud de la sección 210 del capítulo 5 del título 47 de las leyes de Alaska (AS 47.05.210); 	<p>Es posible que...</p> <ul style="list-style-type: none"> • se me exija que devuelva el monto de los servicios de Medicaid que yo o cualquier persona de mi grupo familiar haya recibido; • se me excluya de Medicaid por hasta 10 años; • tenga que pagar multas hasta de \$25,000 y sea objeto de un proceso penal.

Lea y conserve esta página.