Departamento para Niños y Familias de Kansas

Formulario de Revisión

Label

Kansas
Department for Children and Families

Strong Families Make a Strong Kansas

Para Uso de la Agencia Solamente

Date Received: _____

Date Interviewed: _____

Case Number: _____

☐ FA
☐ TANF
☐ CC

Was the review received following the end of the review period? ☐ No ☐ Yes

If yes, is the household eligible for expedited services? ☐ No ☐ Yes

Este formulario nos proporciona la información necesaria para decidir la continuación de elegibilidad de su familia. Si usted desea solicitar programas y servicios adicionales, deberá comunicarse con el centro de servicios para solicitar una solicitud por separado. Responda todas las preguntas de la mejor manera posible. Si el inglés no es su idioma materno, se proporcionar un intérprete sin costo para usted. Usted está sujeto a multas graves por cualquier información falsa o engañosa que proporcione en esta solicitud.

Aceptación de la Política de TANF de Prueba de Consumo de Drogas Basada en una Sospecha (SOLAMENTE TANF)

A los solicitantes, receptores y beneficiarios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) se les exige una prueba de consumo de drogas basada en una sospecha en aquellos casos en que parece haber un uso ilegal de una sustancia controlada o de un análogo de una sustancia controlada. Comprendo que yo, u otros adultos en mi grupo familiar estoy/están obligado(s) a someterse a una prueba de droga si existe una sospecha de uso de sustancia ilegal.

_____ _____

Firma Fecha

Información del Grupo Familiar

Nombre: _____

Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido

Domicilio de Correo: _____Ciudad: _____Condado: _____ Código Postal _____

Teléfono Durante el Día: _____Teléfono para Mensajes: _____

Liste todas las personas que viven con usted. Lístese usted primero. (Utilice una hoja adicional para listar más miembros del grupo familiar). (La condición de estudiante incluye escuela primaria, escuela secundaria, universidad o escuela vocacional-técnica).

Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido	Relación con Usted	¿Está usted presentando la solicitud para esta persona?	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social	Estudiante	Ciudadano de Estados Unidos
	Para usted	☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F			☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F			☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F			☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F			☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F			☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F			☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F			☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F			☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí

Información del Grupo Familiar (continuación)

1. ¿Compra y cocina alimentos (o lo hará después de la aprobación) en forma separada de otras personas en su hogar? (Complete esta pregunta sólo si está solicitando nuevamente la Asistencia Alimentaria). ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, por favor liste sus nombres y la relación con usted: _____

2. ¿Se ha mudado alguien a o fuera de su grupo familiar? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, por favor liste el nombre y la fecha en la cual ellos ingresaron o abandonaron el grupo familiar: _____

3. Si alguien está embarazada, por favor liste el nombre y la fecha de parto (complete esta pregunta sólo si está solicitando nuevamente asistencia en efectivo): _____

4. ¿Hay alguna persona discapacitada en su hogar? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, por favor liste el nombre y la discapacidad: _____

5. ¿Recibe algún miembro del grupo familiar beneficios del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas?
   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, ¿dónde? _____

6. ¿Está alguien en su grupo familiar escapando de una demanda por delitos graves o de la cárcel?
   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

7. ¿Está alguien en su grupo familiar violando la libertad condicional o libertad bajo palabra?
   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

Las siguientes preguntas son requeridas por ley federal para los fines del programa de asistencia alimenticia solamente. Si su respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas, asegúrese de listar el/los nombre(s) de la(s) persona(s) involucrada(s).

8. ¿Ha sido alguien en su grupo familiar condenado por comercializar beneficios de asistencia alimenticia a cambio de droga después del 22 de septiembre de 1996?
   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

9. Has anyone in your household been convicted of buying or selling food assistance benefits over $500 after September 22 1996?
   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

10. Has anyone in your household been convicted of fraudulently getting duplicate food assistance benefits in any state afte September 22, 1996?
    ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

11. Has anyone in your household been convicted of trading food assistance benefits for guns, ammunitions, or explosives afte September 22, 1996?
    ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

La siguiente pregunta es requerida por ley estatal para los ines del programa de asistencia en efectivo de TANF solamente.

12. ¿Tiene alguien en su grupo familiar una condena por delito grave relacionado con drogas de fecha 1 de Julio de 2013 o posterior?
    ☐ No ☐ Sí

    De ser así, liste el/los nombre(s): _____

Representante Autorizado

Usted puede nombrar a otra persona para ayudarle a obtener los beneficios. Esta persona puede ayudarle a completar la solicitud, responder las preguntas por usted, y utilizar la tarjeta Vision por usted. Nosotros podremos compartir la información con esta persona. Esta persona será su representante autorizado. ¿Quiere usted que alguien le ayude? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, cuéntenos acerca de esta persona

Su nombre _____

Su address _____Ciudad_____Calle_____Código Postal_____

Su número de teléfono _____

¿Quiere que la persona antes mencionada tenga acceso a sus beneficios ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles beneficio ☐ asistencia alimentaria ☐ en efectivo ☐ cuidado de niños

Si la respuesta es negativa, ¿quiere elegir a otra persona para que tenga acceso a sus beneficios? Esta persona será su representante autorizado y puede tener acceso a sus beneficios: Nosotros podremos también compartir la información con esta persona

Si la respuesta es afirmativa, cuéntenos acerca de esta persona

Su nombre _____

Su address _____Ciudad_____Calle_____Código Postal_____

Su número de teléfono _____

¿Quiere que la persona antes mencionada tenga acceso a sus beneficios

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles beneficio ☐ asistencia alimentaria ☐ en efectivo ☐ cuidado de niños

Información de Recursos

¿Posee o tiene alguien en su grupo familiar algún recurso a su nombre? Por ejemplo: ¿efectivo, caja de ahorro/cuenta corriente/cuenta de cooperativa de crédito, certificados de depósito (CD s por sus siglas en inglés), bonos, acciones, Cuentas Individuales de Retiro (IRA's por sus siglas en inglés), propiedades, o cualquier otro recurso? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, complete la siguiente información:

Tipo de Recurso	Nombre(s) en los Recursos	¿Donde está Guardado el Recurso? (Nombre del Banco, Cooperativa o Compañía de Crédito)	Monto o Valor

Información de Ingresos

¿Trabaja alguien en su grupo familiar como autónomo o en un empleo? ☐ No ☐ Sí
Complete la información más abajo para usted o cualquier persona en su grupo familiar que esté trabajando. Por favor adjunte los talones de pago de los últimos 30 días para cada empleo. Si usted es trabajador autónomo adjunte una copia de la declaración de impuestos del año pasado o una verificación de ingresos y gastos de los últimos 3 meses.

Nombre de la Persona Empleada	Nombre, Teléfono y Domicilio del Empleador (Si es empleado autónomo, liste el tipo de negocio)	Sueldo o Salario por Hora	Horas Trabajadas Semanal-mente	¿Con que frecuencia le pagan?	Día de la Se-mana en el cual recibe el Pago

¿Alguien en su grupo familiar ha perdido o abandonado un empleo en los últimos 60 días? ☐ No ☐ Sí Último pago: $_____Fecha____

Nombre(s) _____ Empleador _____

Último(s) Día(s) de Trabajo: _____ Motivo(s): _____

¿Recibe alguien en su grupo familiar, incluyendo los niños, otro ingreso? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, liste cualquier dinero que usted o cualquier miembro de su grupo familiar recibe (incluya manutención de niño, Seguro Social, Ingreso de Seguro Suplementario (SSI), Administración de Veteranos (VA), jubilación del ferrocarril, otros beneficios de pensión jubilación, indemnización del trabajador, beneficios por desempleo, pagos tribales, derechos petroleros o minerales, ingresos por contrato de venta/alquiler, bonos, regalos en efectivo, dinero de parte de otras personas o cualquier otro ingreso):

Tipo/Fuente de Ingresos	Nombre de la Persona que Recibe Ingresos	Monto Recibido	Con Qué Frecuencia se Reciben

¿Alguien ha solicitado otros ingresos o beneficios? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, liste quién y qué ingresos o beneficios _____

Gastos del Grupo Familiar

Complete si usted o cualquier persona en su grupo familiar tiene alguno de estos gastos mensuales. Complete esta sección sólo si está solicitando nuevamente la asistencia alimentaria.

Tipo de Gasto	Monto Mensual
Alquiler/Hipoteca (haga un círculo en uno)	
Alquiler de Lote o Parcela	
Impuestos a la propiedad no incluidos en la hipoteca:	

Tipo de Gasto	Monto Mensual
Seguro del propietario no incluidos en el pago de la hipoteca	
Cuidado de Dependiente	
Otro	

Si está alquilando, ¿es esta una vivienda subsidiada, Sección 8, del Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD por sus siglas en inglés) u otro? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, cuéntenos el monto que usted debe pagar todos los meses: $_____

¿Tiene usted gastos de calefacción o refrigeración? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es negativa, marque los siguientes servicios públicos por los cuales usted debe pagar:
☐ Agua ☐ Cloacas ☐ Basura ☐ Teléfono ☐ Electricidad/Gas para cocinar o iluminar ☐ Otro ☐ Ninguno

¿Usted o alguien en su residencia ha recibido Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos (LIEAP)?
☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo?: _____

Si usted comparte el pago de estos gastos con alguien, por favor explique: _____

_____

¿Paga alguien en su grupo familiar manutención de niño? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, por favor proporcione comprobante de pago de los últimos 3 meses

Quién Paga Manutención de Niño	Monto Pagado	Número de Orden Judicial para Cada Niño

¿Espera usted algún cambio en los gastos o circunstancias de su grupo familiar? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique: _____

_____

Gastos del Grupo Familiar (continuación)

Si usted o un miembro de su grupo familiar tiene 60 años de edad o más o está discapacitado, ¿tiene usted gastos médicos personales mensuales pagados de su propio bolsillo que superen los $35 por mes? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién tiene los gastos médicos y cuáles son _____

_____

_____

Necesidades de Cuidado de Niños

Para continuar recibiendo asistencia para el cuidado de niños, por favor proporcione la información solicitada más abajo para cada niño. Complete esta sección sólo si está solicitando nuevamente asistencia de cuidado de niños.
Si necesita espacio adicional, utilice una hoja por separado y proporcione la misma información listada más abajo.

Proporcione lo siguiente para cada niño	**Nombre del Niño**	**Nombre del Niño**	**Nombre del Niño**	**Nombre del Niño**
	Liste la Información del Proveedor de Cuidado de Niños Debajo del Nombre de Cada Niño			
Nombre del Proveedor				
Domicilio				
Número de Teléfono				
Cronograma Laboral / Escolar del Padre (cronograma diario laboral/escolar)	**Día: AM/PM - AM/PM**	**Día: AM/PM - AM/PM**	**Día: AM/PM - AM/PM**	**Día: AM/PM - AM/PM**
	Lun	**Lun**	**Lun**	**Lun**
	Mar	**Mar**	**Mar**	**Mar**
	Miér	**Miér**	**Miér**	**Miér**
	Jue	**Jue**	**Jue**	**Jue**
	Vie	**Vie**	**Vie**	**Vie**
	Sáb	**Sáb**	**Sáb**	**Sáb**
	Dom	**Dom**	**Dom**	**Dom**
Cronograma Escolar del Niño (cronograma escolar diario)	**Día: AM/PM - AM/PM**	**Día: AM/PM - AM/PM**	**Día: AM/PM - AM/PM**	**Día: AM/PM - AM/PM**
	Lun	**Lun**	**Lun**	**Lun**
	Mar	**Mar**	**Mar**	**Mar**
	Miér	**Miér**	**Miér**	**Miér**
	Jue	**Jue**	**Jue**	**Jue**
	Vie	**Vie**	**Vie**	**Vie**
	Sáb	**Sáb**	**Sáb**	**Sáb**
	Dom	**Dom**	**Dom**	**Dom**
Nivel que cursa el Niño y Nombre de la Escuela/ Headstart				

Por Favor Lea esta Información Antes de Firmar la Página 13

Derechos, responsabilidades y penalizaciones

- He leído y comprendo mis derechos y responsabilidades listados en la página recortable al final d este formulario.
- Comprendo las preguntas en este formulario de solicitud.
- Comprendo las penalizaciones por ocultar información (las penalizaciones se muestran en la página recortable al final de este formulario)
- Comprendo las penalizaciones por proporcionar información falsa (las penalizaciones se muestran en la página recortable al final de este formulario)

Condición de ciudadanía

- La firma en este formulario significa que acepto que todas las personas que viven en mi hogar y est solicitando asistencia son ciudadanos de los Estados Unidos o están en condición legal de inmigración.

Cambios que debe informar

- Estoy de acuerdo en informar cambios tales como cambios en mi domicilio, cambios en los ingresos, cambios en el cuidado de niños, y cambios en las personas que viven en mi hogar.
- Comprendo que seré notificado acerca de los cambios que estoy obligado a informa .
- Informaré al DCF acerca de cualquier cambio que pudiera afectar mi elegibilidad o nivel de beneficios

Nosotros verificaremos la información que usted nos proporcione

- Comprendo que ustedes verificarán la información que yo proporcione en este formulario de solicitud
- Comprendo que ustedes pueden comunicarse con otras agencias tales como funcionarios federales, estatales, o locales, empleadores, proveedores médicos, empresas, organizaciones financieras, proveedores de cuidado de niños para verificar la información
- Comprendo que ustedes utilizarán la información que verifiquen y que esto podría afectar mi elegibilida o nivel de beneficios

Información Acerca de los Números de Seguro Social

- Comprendo que tengo que proporcionar o solicitar un Número del Seguro Social para las personas en mi grupo familiar que están solicitando asistencia.
- Comprendo que el DCF utiliza los números de Seguro Social para funcionar. Los números son utilizados para comparaciones computarizadas con la Administración del Seguro Social, bancos, el Servicio de Impuestos Internos y otras organizaciones y agencias.

Información acerca de los Servicios de Manutención de Niño

- Acepto ayudar a los Servicios de Manutención de Niños (CSS) a intentar conseguir manutención para los niños en mi hogar. Ayudaré al CSS a establecer y hacer cumplir las órdenes de manutención para los niños.
- Acepto proporcionar toda pensión alimentaria y/o manutención de niño al DCF para cada persona en mi hogar que reciba asistencia en efectivo de TANF.

Información Acerca de los Gastos de Asistencia Alimentaria

- Comprendo que debo informar y verificar los gastos de mi grupo familiar o no obtendré un deducción por ellos.

Información Acerca de la Cooperación del Programa de Trabajo

- Estoy de acuerdo en que todas las personas que soliciten y obtengan asistencia en efectivo cooperen con los requisitos de trabajo a menos que estén exentas.
- Estoy de acuerdo en que todas las personas que reciben asistencia alimentaria cooperen con los requisitos de trabajo, a menos que estén exentas.

Información Acerca de la Cooperación del Programa de Trabajo (continuación)

- Comprendo que no recibiremos asistencia en efectivo si alguien no coopera.
- Comprendo que la persona que no coopere tampoco recibirá asistencia alimentaria.

Información Acerca de los Beneficios de Asistencia Alimentaria y en Efectivo

- Comprendo que mis beneficios de asistencia en efectivo de TANF no pueden ser comerciados/utilizados en ninguna licorería, casino, casino de apuestas, establecimiento de juegos, o establecimiento minorista que proporcione entretenimiento orientado a adultos en los cuales los artistas se desnuden o actúen sin ropas para entretenimiento.
- Comprendo que el límite de tiempo para recibir beneficios de asistencia en efectivo de TANF es de 48 meses.
- Comprendo que para recibir asistencia en efectivo de TANF, todos los niños en el hogar que tengan entre 7 y 18 años de edad deben estar inscriptos en la escuela, incluyendo educación en el hogar registrada en el Departamento de Educación de Kansas. Todo el grupo familiar no será elegible si un niño en el hogar no está inscripto en la escuela.
- Comprendo que no puedo utilizar la asistencia en efectivo de TANF para comprar artículos tales como alcohol, cigarrillos, productos de tabaco o boletos de lotería.
- Comprendo que no debo utilizar beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos n alimenticios ni para pagar saldos acreedores.

Información Acerca del Programa Telefónico Lifeline

- Para asistencia alimentaria y en efectivo de TANF, estoy de acuerdo en que el DCF pueda proporcionar mi nombre, domicilio y número de teléfono a las compañías telefónicas que participen en la comparación de datos de Lifetime. El programa Lifeline proporciona servicio telefónico básico a una tarifa reducida.
- Comprendo que mi información es confidencial y solo será utilizada por las compañías telefónica participantes para verificar mi elegibilidad para la asistencia telefónica Lifeline
- Comprendo que el programa Lifeline no es obligatorio y que deberé solicitar este servicio comunicándome con mi compañía telefónica local.
- Comprendo que no todas las compañías telefónicas participan en la comparación de datos Lifeline con el DCF y que yo podría tener que proporcionar un comprobante de los ingresos de mi grupo familiar a mi compañía telefónica local para que ellos determinen mi elegibilidad Lifeline.

Información de Registración como Votante de Kansas

Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría presentar la solicitud para registrarse para votar aquí hoy?

☐ No ☐ Sí *Por Favor Tenga en Cuenta: El hecho de solicitar registrarse o negarse a registrarse como votante no afectará el monto de asistencia que le proporcione esta agencia.*

Si no marca ninguno de los dos casilleros, se considerará que usted ha decidido no registrarse para votar en esta oportunidad.

Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de registro como votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede completar el formulario de solicitud en forma privada. Si usted elige hacerlo así, puede registrarse fácilmente como votante utilizando este sitio Web: https://www.kdor.org/voterregistration

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho para registrarse o para rechazar registrarse como votante, su derecho a la privacidad en la decisión de registrarse o de solicitar registrarse como votante, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja al Secretario de Estado de Kansas.

Sus Responsabilidades

Usted tiene una responsabilidad de:

- Proporcionar toda la información necesaria para determinar su elegibilidad;
- Informar los cambios según sea necesario – nosotros le diremos qué debe ser informado (algunos ejemplos incluyen embarazo, nacimiento, alguna persona que abandona o que se muda a su casa, un nuevo empleo, cambio en los ingresos, nuevo domicilio, etc.);
- Entregar los pagos de pensión alimentaria o manutención de niño al DCF si usted recibe asistencia en efectivo, y cooperar con los Servicios de Manutención de Niño (CSS) si usted recibe asistencia en efectivo o asistencia para cuidado de niños;
- Pagar a su proveedor de cuidado de niños por los servicios;
- Cooperar con el personal de Aseguramiento de la Calidad si su caso es revisado; y
- Buscar un empleo y participar en servicios relacionados con el empleo, comenzando a partir de la fecha en la que usted solicite la asistencia en efectivo.

Derechos del DCF

El DCF tiene derecho a:

- **Utilizar la información en esta solicitud, incluyendo el Número de Seguro Social (SSN) de cada persona en su hogar, para decidir si su grupo familiar puede obtener beneficios. Nosotros verificaremos esta información mediante programas de comparación computarizada. Esta información también será utilizada para asegurarnos de que usted esté recibiendo el monto correcto de beneficios. Para la asistencia para cuidados de niños solamente, el SSN es voluntario.**
- **Verificar la condición de extranjero de los miembros del grupo familiar del solicitante presentando información de la solicitud al Servicio de Aduanas e Inmigración de Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés). La información recibida puede afectar la elegibilidad y el monto de beneficios del grupo familiar.**
- **Denegarle beneficios a su grupo familiar si usted no proporciona la información solicitada.**
- **Divulgar la información en su solicitud a otras agencias federales y estatales para su análisis oficial, y a oficiales de policía para los fines de arrestar a personas que están huyendo de la ley.**
- **Derivar la información en esta solicitud a agencias federales y estatales, al igual que a agencias de reclamos privados, para reclamos de cobros si surgen sobrepagos contra su grupo familiar.**
- **Realizar una investigación completa de su elegibilidad incluyendo comunicarse con empleadores, proveedores de cuidado de niños, bancos, médicos, o visitando su hogar.**
- **Denegar su solicitud o procesarlo a usted por fraude si usted a sabiendas proporciona información falsa para poder recibir asistencia.**

Penalizaciones

Las familias pueden perder beneficios por no cooperar con los siguientes programas de la agencia:

I. Programas de Trabajo - buscar trabajo, prepararse para un empleo y conservar un empleo (no aplica a asistencia para cuidado de niños)

A. Para asistencia en efectivo de TANF, aplican las siguientes penalizaciones por no cooperar con los programas de trabajo sin una buena causa:

<u>1ra. Penalización</u>
Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF por un mínimo de 3 meses.
<u>2da. Penalización</u>
Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF por un mínimo de 6 meses.
<u>3ra. Penalización</u>
Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF por un mínimo de 1 año.
<u>4ta. Penalización y subsiguientes</u>
Su familia perderá los beneficios de asistencia en efectivo de TANF por un período de 10 años.

Para ser reincorporado al programa y volver a recibir su beneficio, se le requerirá cooperar en una actividad del programa de trabajo asignado durante 2 semanas consecutivas para la 1ra. penalización y durante 3 semanas consecutivas para la 2da. y la 3ra. penalización. Estas penalizaciones no se llevarán adelante si los niños en su familia se convierten en receptores adultos de efectivo de TANF.

B. Para asistencia alimentaria, se aplicará una penalización comparable a la antes descrita solo contra la persona que no cooperó. El resto del grupo familiar con asistencia alimentaria podrá obtener los beneficios, si son por lo demás elegibles. La elegibilidad será redeterminada al finalizar el período de penalización.

II. Servicios de Manutención de Niño - establecer la paternidad de un niño y recolectar la manutención de niño (no aplica a asistencia alimentaria). Para asistencia en efectivo de TANF y para cuidado de niños, aplican las siguientes penalizaciones por no cooperar con los programas de trabajo de los Servicios de Manutención de Niño sin una buena causa:

<u>1ra. Penalización</u>
Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF o para cuidado de niños por un mínimo de 3 meses.
<u>2da. Penalización</u>
Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF o para cuidado de niños por un mínimo de 6 meses.
<u>3ra. Penalización</u>
Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF o para cuidado de niños por un mínimo de 1 año.
<u>4ta. Penalización y subsiguientes</u>
Su familia perderá los beneficios de asistencia en efectivo de TANF o para cuidado de niños por un período de 10 años.

Para que su asistencia en efectivo de TANF y/o para cuidado de niños sea reabierta, usted debe solicitarla nuevamente y la persona penalizada debe cooperar con los Servicios de Manutención de Niño.

III. Penalizaciones por Fraude

A. Asistencia Alimentaria – Cualquier miembro de su grupo familiar que intencionalmente rompa las siguientes normas será descalificado según se especifica más abajo:

- **No mienta ni oculte información para obtener beneficios que su grupo familiar no debería obtener.**
- **No utilice ni tenga en su posesión Tarjetas de Beneficios de Kansas que no sean suyas.**
- **No comercialice ni venda Tarjetas de Beneficios de Kansas.**

Si usted realiza declaraciones falsas o engañosas y es encontrado culpable de cualquier distorsión deliberada, no podrá recibir beneficios de asistencia alimentaria:

Penalizaciones (continuación)

- **Durante 10 años si su distorsión deliberada fue acerca del lugar donde usted vive o de quién usted es para recibir beneficios duplicados**
- **Durante 1 año si su distorsión deliberada fue acerca de algo que no sea identidad o lugar de residencia y es su primera violación al programa**
- **Durante 2 años si su distorsión deliberada fue acerca de algo que no sea identidad o lugar de residencia y es su segunda violación al programa**
- **Nunca más si su distorsión deliberada fue acerca de algo que no sea identidad o lugar de residencia y es su tercera violación al programa**

Su elegibilidad para asistencia alimentaria también será suspendida durante 2 años o usted la perderá en forma permanente si es condenado por comprar o vender por más de $500 en valor de beneficios o si utiliza los beneficios, o los recibe, en una venta de sustancias controladas, armas de fuego, municiones o explosivos. En todos estos casos, el resto de su grupo familiar que recibe asistencia alimentaria puede recibir los beneficios si son elegibles de otra forma, y el resto del grupo familiar aún será responsable de devolver el monto de cualquier sobrepago de beneficios que fuera recibido por la persona descalificada.

B. **Asistencia en efectivo de TANF y para cuidado de niños: Si usted o cualquier miembro de su grupo familiar de TANF o para cuidado de niños rompe en forma intencional cualquiera de las siguientes normas o de otra manera se descubre que ha cometido fraude (civil, penal, o administrativo), su familia no será elegible en forma permanente para la asistencia en efectivo de TANF y para cuidado de niños. Si usted queda descalificado para recibir TANF, también quedará descalificado de manera permanente para la asistencia para cuidado de niños. Si usted queda descalificado para recibir asistencia para cuidado de niños, también quedará descalificado de manera permanente para recibir TANF.**
   - **No mienta, realice declaraciones engañosas, ni oculte información para obtener beneficios que su grupo familiar no debería obtener.**
   - **No utilice ni tenga en su posesión Tarjetas de Beneficios de Kansas que no sean suyas.**
   - **No comercialice ni venda Tarjetas de Beneficios de Kansas.**
   - **No utilice ni comercie su Tarjeta de Beneficios de Kansas en ninguna licorería, casino, casino de apuestas, establecimiento de juegos, o establecimiento minorista que proporcione entretenimiento orientado a adultos en los cuales los artistas se desnuden o actúen sin ropas para entretenimiento.**
   - **No utilice sus beneficios de asistencia en efectivo TANF para comprar alcohol, cigarrillos, productos de tabaco o boletos de lotería.**

Pruebas de Consumo de Drogas basada en una Sospecha

Kansas exige que cualquier adulto que solicite o reciba asistencia TANF y cumpla con los criterios basados en una sospecha se someta a una prueba obligatoria de drogas. El hecho de no realizarse la prueba resulta en los siguientes períodos de falta de elegibilidad para la persona:

1ra. falta	**6 meses, y debe someterse a una prueba de drogas antes de recuperar la elegibilidad**
2da. falta	**12 meses, y debe someterse a una prueba de drogas antes de recuperar la elegibilidad**
3ra. falta	**Falta de elegibilidad de por vida para TANF**

Una prueba positiva produce los siguientes períodos de falta de elegibilidad para la persona:

1ra. prueba positiva	**Hasta completar con éxito el tratamiento de abuso de sustancias y capacitación de habilidades para recuperar la elegibilidad**
2da. prueba positiva	**12 meses, y completar con éxito el tratamiento de abuso de sustancias y la capacitación de habilidades para recuperar la elegibilidad**
3ra. prueba positiva	**Falta de elegibilidad de por vida para TANF**

Sus Derechos

Usted tiene derecho a:

- Que se le proporcione un intérprete en forma gratuita si el Inglés no es su idioma materno
- Que la información proporcionada al DCF sea mantenida en forma confidencial, a menos que est directamente relacionada con la administración del DCF
- Retirar su solicitud en cualquier momento
- Solicitar una audiencia justa dentro de un plazo de 30 días para asistencia en efectivo o para el cuidado de niños, o dentro de un plazo de 90 días para asistencia alimentaria si usted no está de acuerdo con la decisión. Para asistencia alimentaria, usted puede solicitar una audiencia justa en forma oral o por escrito. Su caso puede ser presentado por un miembro del grupo familiar, o por un representante como por ejemplo un asesor legal, un pariente, un amigo u otro vocero
- Saber que si usted aplica para beneficios de asistencia aliment ria, su solicitud para asistencia alimentaria no puede ser denegada únicamente porque se le han denegado beneficios para otros programa
- Que sus beneficios sean determinados a partir de la fecha en la cual el DCF recibe esta solicitud
- Tener consideraciones especiales y servicios confidenciales, si l buscar un nuevo empleo o tratar de obtener manutención de niño lo pone en riesgo de violencia doméstica o agresión sexual

Esta institución tiene prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, y en algunos casos religión o preferencia política. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) también prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleos en base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y donde corresponde, preferencias políticas, estado civil, situación familiar o de parentesco, orientación sexual o que todo o parte de los ingresos de la persona sean derivados de cualquier programa de asistencia pública o protegidos de información genética en programas de empleos o cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el departamento. (No se aplicarán todas las prohibiciones a todos los programas y/o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja por discriminación en el programa de Derechos Civiles en el USDA, complete el formulario de Queja por Discriminación del Programa USDA, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint filing cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información requerida en el formulario. Envíenos el formulario de queja completo o la carta por correo al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Director, Oficina de Adjudicación, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, que tienen discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español).

Por cualquier otra información relacionada con el Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) (Programa de Asistencia Alimentaria de Kansas), las personas deben comunicarse ya sea con el Número de Línea de Ayuda de USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en Español o llame a los Números de Información Estatal/de Ayuda en línea a http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financier federal mediante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, escriba a: HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

USDA y HHS son proveedores y empleadores que proporcionan igualdad de oportunidades.

Permiso para Divulgar Información y Firma

Mi firma en esta solicitud autoriza a empleadores, proveedores de cuidado de niños, proveedores de atención médica, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios y otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias a divulgar al Departamento para Niños y Familias (DCF) cualquier información, incluso información confidencial y de salud, necesaria para establecer mi elegibilidad para beneficios o para administrar cualquier programa (incluso Servicios de Manutención de Niño) para los cuales yo haya realizado una solicitud.

Autorizo al DCF a compartir información médica para fines admin strativos con otras agencias y contratistas.

Comprendo que toda la información proporcionada en esta solicitud y toda la información proporcionada al personal del DCF en mi nombre está protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad

Esta divulgación es válida a partir de la fecha de firma electrónica establecida más abajo y permanecerá válida hasta ser revocada por escrito por parte del abajo firmante. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender, incluso la información relacionada con mi condición de ciudadanía y ciudadano extranjero. Comprendo que además de otras penalizaciones, es ilegal obtener, intentar obtener, o ayudar a que otra persona obtenga, por medio de una declaración o representación voluntariamente falsa, o por suplantación, connivencia, u otro dispositivo fraudulento, la asistencia a la cual ellos o yo no tengo/tenemos derecho, y esto constituirá el delito de robo, según lo definido por las Leyes Vigentes de Kansas (K.S.A., por sus siglas en inglés). 21-5801 y enmiendas, que podría ser una infracción de delito grave castigada con más de 11 años de cárcel y una multa de hasta $300,000.

Su Firma (requerida)	**Fecha**
La Firma de Su Cónyuge u otro Adulto en su Hogar (No es requerida)	Fecha
Firma del Primer Testigo (necesaria si se utiliza “X”)	Fecha
Firma del Segundo Testigo (necesaria si se utiliza “X”)	Fecha
Firma del Tutor/Guardián Nombrado por la Corte (si correspondiera)	Fecha