

Departamento de Servicios Humanos de Tennessee

Solicitud de asistencia familiar
PARA USO EXCLUSIVO DEL DHS

Número de caso: _____
 Fecha de recibo: _____
 Condado: _____



Si solicita SNAP o cupones de alimentos únicamente, aceptaremos su solicitud sólo con nombre, domicilio y firma. Pero, cuanto más información nos dé, más rápido veremos si puede recibir ayuda. Si se le aprueba, sus beneficios comenzarán en la fecha en que presentó la solicitud. En la mayoría de los casos, tendrá que hablar con un empleado del DHS para completar el proceso de solicitud. Tal vez pueda recibir SNAP o cupones de alimentos en 7 días si:

1. El ingreso mensual de su unidad familiar es menor que \$150, y ahora tiene recursos de \$100 o menos.
2. El costo de su albergue (más servicios públicos) es mayor que su ingreso mensual más ahorros.
3. Usted realiza trabajo agrícola de temporada o migratorio.

Si tiene alguna discapacidad que le dificulte llenar o entender esta solicitud, podemos ayudarle. Si usted no puede acudir a nuestra oficina, podemos llamarle o visitarle.

Nombre			Solicito: ___ SNAP o cupones de alimentos ___ Families First ___ ayuda con los costos de Medicare (QMB/SLMB/QI) TennCare Medicaid y		
Domicilio del hogar			Es posible que le llamemos al número de su casa o a su celular para recordarle una cita. Si no responde, le dejaremos un mensaje.		
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono en casa	Teléfono en el trabajo	Teléfono celular u otros
Dirección postal (si es diferente)			Nosotros usamos los números de Seguro Social (SS) para verificar la identidad, y para comprobar que usted reciba el importe correcto de ayuda, cambiar dicho importe, revisar otros registros de computadora y del gobierno y asegurarnos de que reúne los requisitos. Comprobamos los registros de SS, IRS y empleo. Podemos revisar registros de inmigración y naturalización. Si estos registros no coinciden con lo que usted menciona, tal vez esto afecte si puede recibir ayuda y la cantidad de dinero en efectivo o cupones de alimentos que reciba. Si miente a propósito para obtener ayuda, puede ir a la cárcel.		
Ciudad	Estado	Código postal			

¿Necesita un intérprete? () Sí () No
 Si la respuesta es sí, ¿para qué idioma?

No es necesario que mencione su raza o grupo étnico; sin embargo, ayuda a mostrar si el estado está cumpliendo las leyes de derechos civiles. Use lo siguiente para indicar su raza: **W** = Blanco o caucásico, **B** = Negro o afroamericano, **A** = Asiático, **H** = Originario de Hawai o las islas del Pacífico, **I** = Indígena estadounidense o de Alaska

Estado civil: Use uno de los siguientes para cada miembro adulto de la unidad familiar: **casado, soltero, divorciado, viudo, separado**

Enumere a todos los miembros de su unidad familiar (incluso usted) Para añadir más personas, adjunte otra solicitud u otra hoja.	¿Está solicitando beneficios esta persona? (Sí/No)	(NO se necesita si la persona no desea recibir beneficios) Si desea más información, consulte la página 1 de la Declaración de entendimiento		Sexo (M/F)	(Opcional) Marque el cuadro si es hispano o latino	(Opcional) Raza (ver arriba) (Anote todas las que correspondan)	Estado civil (ver arriba)	Fecha de nacimiento	Marque el cuadro si la persona está embarazada	Marque el cuadro si la persona está discapacitada
		Número de Seguro Social	Marque el cuadro si es ciudadano de los EE.UU.							

Juro, so pena de perjurio (delito de mentir bajo juramento) y todas las demás sanciones aplicables, que las declaraciones hechas en esta solicitud, en todos los anexos y a las personas que me entrevistaron son verdaderas y precisas. Todas las personas que solicitan o reciben ayuda son ciudadanos de los EE.UU., extranjeros legales o inmigrantes que reúnen los requisitos. Entiendo y estoy de acuerdo con las normas y la información que recibí. Si me lo solicitan, proporcionaré información que compruebe mis declaraciones, u otorgaré al DHS permiso para obtener comprobación. Entiendo que debo informar de todo cambio como me lo indica el DHS.

Autorización: Es posible que el estado de Tennessee o sus empleados necesiten comprobar que la información que proporcioné es verdadera. Con mi firma en este documento, acepto que se obtenga esa comprobación. Esto les permitirá decidir si puedo recibir cupones de alimentos, Families First o TennCare Medicaid. También afirmo que leí y entendí la Declaración de entendimiento.

Firma: _____ **Fecha:** _____ **Testigo (si el solicitante firma con una X):** _____ **Fecha:** _____

Tutor o representante autorizado: _____ **Fecha:** _____

ESTE CUADRO ES para Families First únicamente: Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar

Yo (cliente) autorizo al Departamento de Educación de Tennessee o a la escuela de mi hijo para que entreguen los expedientes de asistencia escolar de los menores incluidos en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos expedientes, incluidos los números de Seguro Social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones de Families First. Los expedientes serán destruidos cuando ya no se necesiten.

Firma: _____ Fecha: _____

Entiendo que puedo tener uno o dos representantes autorizados:

_____ puede solicitar estos beneficios en mi nombre: cupones de alimentos () ; Families First () ; TennCare Medicaid ()
 _____ puede usar mis beneficios en mi nombre de: cupones de alimentos () ; Families First ()
 _____ puede solicitar estos beneficios en mi nombre: cupones de alimentos () ; Families First () ; TennCare Medicaid ()
 _____ puede usar mis beneficios en mi nombre de: cupones de alimentos () ; Families First ()

Sus beneficios de cupones de alimentos pueden terminar si:

- *Miente u oculta datos para obtener beneficios de cupones de alimentos;
- *Usa la tarjeta de seguridad de beneficios de otra persona sin su permiso;
- *Usa los beneficios de cupones de alimentos para comprar productos como cerveza, cigarrillos o jabón.

Si infringe estas normas, no recibirá beneficios de cupones de alimentos:

La primera vez, 1 año; la segunda vez, 2 años; y la tercera vez, permanentemente.
Si canjea cupones de alimentos por drogas, se suspenderán sus beneficios de cupones de alimentos:

La primera vez, 2 años; y la segunda vez, permanentemente.
Será suspendido permanentemente del programa de cupones de alimentos si se le declara culpable de:
 *Canjear cupones de alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos;
 *Vender cupones de alimentos por valor de \$500 o más.

No mienta acerca de su identidad o de dónde vive para obtener cupones de alimentos. Mentir puede evitar que reciba cupones de alimentos por 10 años.

Mencione dos personas con quienes podamos hablar acerca de la situación de usted:

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Teléfono: _____

Los siguientes miembros de mi unidad familiar han sido declarados culpables de poseer, consumir o vender drogas ilícitas:

¿Tiene usted entre 18 y 24 años de edad Y estuvo bajo custodia del estado cuando era menor? (marque una) () Sí () No

Enumere los RECURSOS de la unidad familiar (dinero en efectivo, cuentas bancarias de cheques, ahorros o de otro tipo, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos mutuos, cuentas para jubilación, fondos fiduciarios, rentas vitalicias y otros bienes disponibles)

Tipo: _____ Valor: \$ _____ Tipo: _____ Valor: \$ _____
 Tipo: _____ Valor: \$ _____ Tipo: _____ Valor: \$ _____

En los siguientes cuadros, proporcione información acerca de los INGRESOS de su unidad familiar.

Ingresos incluye, entre otros, dinero por trabajo como empleado o por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios por discapacidad, Seguro Social o SSI, compensación al trabajador, beneficios por desempleo, pensiones, subsidios e intereses.

RESPONDA A LAS PREGUNTAS DE ESTE CUADRO SI ESTÁ SOLICITANDO TENNCARE O MEDICAID.

¿Tienen usted o su cónyuge una pensión vitalicia comprada el 8 de febrero de 2006 o en fecha posterior? () Sí () No. **DEBE marcar una opción.** (Las pensiones vitalicias son pagos periódicos provenientes de fondos depositados por una persona a fin de establecer una fuente de ingresos para uso futuro.)
 En 1998, ¿recibió un pago total de \$100,000 del Settlement Law Group? () Sí () No
 Si actualmente recibe un cheque del Seguro Social, ¿recibía también un cheque del Seguro Social en 1972? () Sí () No
 ¿Perdió beneficios de Medicare porque volvió a trabajar y sus ingresos excedían el límite de ingresos del Seguro Social? () Sí () No
 ¿Se le ha diagnosticado cáncer de seno o de cuello de útero? () Sí () No
 ¿Alguien que solicita Medicare tiene otro seguro médico? () Sí () No

Persona con ingresos	Fuente de ingresos (empleo, Seguro Social, manutención infantil)	Importe mensual antes de impuestos y gastos

Gastos de cuidados infantiles

Importe pagado por semana: \$ _____

Nombre del proveedor de cuidados infantiles:

Costos de albergue

Alquiler o hipoteca (encierre uno en un círculo)

Importe mensual: \$ _____

Gas y electricidad \$ _____ por mes

Teléfono \$ _____ por mes

Gastos médicos

Enumere los gastos médicos continuos como recetas o primas de seguros. Estos pueden ayudarle a obtener más cupones de alimentos si usted es una persona mayor o discapacitada.

Tipo: _____ \$ _____ por mes

Tipo: _____ \$ _____ por mes

Manutención Infantil pagada

Si paga manutención infantil a hijos que no viven con usted, indíquelo aquí.

Hijo/a: _____ \$ _____ por mes

Hijo/a: _____ \$ _____ por mes

De acuerdo con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, U.S. Department of Agriculture), y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS, Health and Human Services), se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad. De conformidad con la Ley de Cupones de Alimentos (*Food Stamp Act*) y las políticas del USDA, también se prohíbe la discriminación por motivos de creencias religiosas o políticas.

Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el USDA o el HHS. Escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 (voz) o al (202) 720-6382 (TTY). Escriba al HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (TDD). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

También puede escribir al Tennessee, DHS, Office of General Counsel, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, o llamar al (615) 313-4700.

Registro de electores

¿Está usted registrado para votar en donde vive actualmente? () Sí () No

¿Desea registrarse para votar? () Sí () No

¿Desea que el DHS le envíe por correo un formulario para registro de elector? () Sí () No

Los beneficios que usted reciba del DHS no se verán afectados por su decisión de registrarse o no registrarse para votar.



¿Necesita informar de un cambio? ¿Tiene alguna pregunta?
¿Necesita ayuda? Llámenos. La llamada es gratuita.
Centro de Servicios de Asistencia Familiar
(Family Assistance Service Center)
1-866-311-4287
Nuestro horario de atención es de lunes a viernes,
de 7 a.m. a 5:30 p.m.

Declaración de entendimiento: normas del programa

Información importante: conserve este documento

Si usted tiene una discapacidad y necesita asistencia especial, infórmenos de ello.

SERVICIOS GRATUITOS DE INTERPRETACIÓN: Si no entiende el inglés y necesita ayuda, avísenos. Obtendremos los servicios de un intérprete que le ayude a comunicarse con nosotros. El servicio es gratuito. La ayuda de un intérprete no demorará el procesamiento de su caso. Todavía podemos recibir hoy su solicitud.

Usted puede solicitar beneficios de Families First, cupones de alimentos (Food Stamps) o Medicaid/TennCare Standard por Internet o en una oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS, Department of Human Services). Para ello, debe llenar una solicitud. Además, debe presentar comprobantes de su identidad y sus ingresos, y otros datos necesarios para aprobar su solicitud. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes, hable con su asistente social del DHS.

- **Los miembros de la unidad familiar que soliciten beneficios de Families First, cupones de alimentos o Medicaid/TennCare Standard** deben proporcionar su número de Seguro Social y comprobante de su situación de ciudadanía o de inmigración. La Ley de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Act) nos permite usar los números de Seguro Social para comprobar que usted reciba el importe correcto de ayuda, cambiar dicho importe, revisar registros de computadora y del gobierno y asegurarnos de que usted reúne los requisitos. Para revisar esos registros, usamos el Sistema de verificación de la elegibilidad para ingresos. Si esos registros no coinciden con lo que usted menciona, tal vez esto afecte si puede recibir ayuda y la cantidad de dinero en efectivo o cupones de alimentos que reciba. Si usted no tiene un número de Seguro Social, nosotros le podemos ayudar a solicitarlo.
- Si usted tiene un número de Seguro Social, y es ciudadano estadounidense, extranjero legal o inmigrante que reúne los requisitos, debe solicitar beneficios si es un miembro obligatorio de la familia.
 - Ejemplo: los cónyuges, hijos y sus padres deben presentar solicitud como una misma unidad familiar, a menos que usted opte por no solicitar beneficios para alguien que decidió no proporcionar su Número de Seguro Social ni informar de su situación de inmigración.
- El DHS **no necesita** los números de Seguro Social ni comprobante de la situación de ciudadanía o inmigración de los miembros de la unidad familiar que no soliciten beneficios. Si se proporciona el Número de Seguro Social de alguien que no solicita beneficios, el número no se enviará a los Servicios de Inmigración y Naturalización (INS, Immigration and Naturalization Services) para verificar su situación.
- Usted puede solicitar beneficios para ciudadanos e inmigrantes que reúnan los requisitos aun cuando usted mismo no solicite beneficios.

Se tomarán en cuenta los recursos e ingresos incluso de las personas que no soliciten beneficios.

Si usted solicita asistencia al DHS, es probable que proporcionemos su número de Seguro Social a:

- La policía en busca de infractores de la ley, cuando la ley nos permite o exige que lo hagamos, o emite una orden del tribunal para ello.

- Otros organismos federales o estatales, si la ley nos permite o exige que lo hagamos.

¿Cuánto tiempo tardamos en tomar una decisión sobre su solicitud?

- Medicaid: tardamos de 45 a 90 días para decidir si usted puede recibir beneficios. Su asistente social le informará cuál es el plazo para su caso específico. TennCare Standard puede tardar más tiempo.
- Pagos de dinero en efectivo de Families First: tenemos 45 días para decidir si usted puede recibirlos.
- Cupones de alimentos: por lo general, tenemos 30 días para decidir y otorgarle beneficios de cupones de alimentos, si usted reúne los requisitos.
- Para tomar una decisión oportuna, el DHS debe contar con su ayuda para obtener todos los comprobantes que necesitamos.

Su asistente social le indicará cuáles cambios debe declarar. Si usted recibe TennCare/Medicaid o Families First, debe declarar al DHS todos los cambios en su situación de vida en un plazo de 10 días.

Si usted recibe cupones de alimentos, debe informar cuando su ingreso mensual exceda el límite de ingresos brutos de cupones de alimentos para el tamaño de su unidad familiar. Su asistente social le indicará cuál es ese límite y usted debe informar de este cambio antes del décimo día del mes siguiente después de que su ingreso cambie.

Información sobre cupones de alimentos:

Los beneficios de cupones de alimentos no afectan sus beneficios de Families First. Si usted deja de recibir pagos de dinero en efectivo de Families First, puede aún recibir cupones de alimentos. Pero si empieza a recibir Families First, es posible que disminuyan sus beneficios de cupones de alimentos. **Se le avisará a usted de este cambio; sin embargo, tal vez reciba este aviso menos de diez días antes de que disminuyan sus cupones de alimentos.**

Puede dejar de recibir beneficios de cupones de alimentos si:

- miente u oculta datos para obtenerlos;
- usa la tarjeta de seguridad de beneficios de otra persona sin su permiso;
- usa los cupones de alimentos para comprar productos como cerveza, cigarrillos o jabón.

Si infringe estas normas, no recibirá beneficios de cupones de alimentos:

- por 1 año la primera vez;
- por 2 años la segunda vez;
- permanentemente la tercera vez.

Si canjea cupones de alimentos por drogas, se suspenderán sus beneficios de cupones de alimentos:

- por 2 años la primera vez;
- permanentemente la segunda vez.

Será suspendido permanentemente del programa de cupones de alimentos si un tribunal le declara culpable de:

- canjear cupones de alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos.
- vender cupones de alimentos por un valor de \$500 o más.

Dejará de recibir cupones de alimentos por diez (10) años si, para obtenerlos, miente acerca de su identidad o su lugar de residencia.

Si no cumple con su plan de Families First, podemos suspender sus pagos de dinero en efectivo de Families First o reducir sus beneficios de cupones de alimentos.

Si usted no informa de sus ingresos por trabajo o si es declarado culpable de haber infringido deliberadamente las normas del programa de cupones de alimentos, es probable que tenga que devolver dinero si recibe beneficios excesivos de cupones de alimentos.

Las personas que infrinjan estas normas pueden ir a prisión, ser acusadas según las leyes federales o recibir multas de hasta \$10,000.

Algunos miembros de la unidad familiar deben registrarse para trabajar si desean recibir cupones de alimentos. Su asistente social le informará quién de su unidad familiar debe registrarse para cumplir los requisitos. Si esto sucede, usted tendrá que presentarse para una entrevista en el Departamento de Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral (DOLWD, Department of Labor and Workforce Development). Durante la entrevista, le preguntarán sobre sus trabajos anteriores y le ayudarán a prepararse para obtener empleo.

Usted puede obtener más beneficios de cupones de alimentos si comprueba los siguientes gastos:

- Médicos
- Cuidado infantil o de dependientes
- Manutención infantil
- Vivienda o servicios públicos

Su asistente social del DHS puede ayudarle a obtener los comprobantes necesarios. No obstante, usted debe informar del gasto y proporcionarnos un comprobante de este. Si no lo hace, supondremos que usted no desea la deducción y ya no recibirá más beneficios de cupones de alimentos.

Información sobre Families First:

Si usted recibe pagos de dinero en efectivo de Families First para los que no reúne los requisitos, debe devolver el dinero al Estado. Usted puede:

- Pagar el importe de los pagos en efectivo que recibe de Families First.
- Pagar el importe en efectivo, si no recibe beneficios de Families First.

Si miente u oculta datos para obtener pagos de dinero en efectivo de Families First, puede ser acusado de perjurio (mentir bajo juramento), robo u otro delito, y sentenciado a un período de cárcel. Una infracción deliberada de las normas de Families First se llama infracción intencional al programa (Intentional Program Violation). Si usted es declarado culpable de esa infracción, sus beneficios de Families First podrían ser suspendidos:

- por 6 meses la primera vez;
- por 1 año la segunda vez;
- permanentemente la tercera vez.

Es ilegal obtener pagos de dinero en efectivo en dos estados al mismo tiempo. La persona que lo haga puede dejar de recibir pagos en efectivo por 10 años.

Sus hijos pueden recibir beneficios de Families First Q de cupones de alimentos, pero usted no si:

- es un delincuente fugitivo;
- infringió su régimen de libertad condicional o vigilada;
- fue declarado culpable después del 22 de agosto de 1996 de un delito grave relacionado con drogas, a menos que su caso incluya una excepción específica.

Su asistente social le dará más información sobre la excepción.

Para obtener pagos de dinero en efectivo de Families First, usted debe firmar y cumplir un Plan de responsabilidad personal. Este plan puede exigirle que realice una actividad laboral.

Información importante sobre Families First y manutención infantil:

Usted puede recibir pagos de dinero en efectivo de Families First y de manutención infantil al mismo tiempo. Si recibe Families First, debe ayudarnos a comprobar la paternidad del menor. También debe ayudarnos a cobrar la manutención infantil de los menores que reciben Families First. No intentaremos cobrar la manutención si usted puede comprobar que existe una buena razón para no hacerlo. Todo pago de manutención infantil debe ir primero al DHS. Si el padre o la madre le entregan el dinero a usted directamente, usted debe enviarlo al DHS. **Tal vez pueda devolverse a usted todo o parte del pago de la manutención infantil.** Estos pagos se denominan pagos transferidos (pass-through payments) de manutención infantil.

El importe de este pago transferido de manutención infantil depende tanto de su “necesidad no cubierta” como del importe pagado de manutención infantil. Nosotros calculamos su necesidad no cubierta basándonos en:

- El número de personas cubiertas por el pago de dinero en efectivo de Families First.
- La cantidad de dinero que usted recibe de otros ingresos.
- Usted puede preguntar a su asistente social del DHS cuál es el importe de su necesidad no cubierta.

Información sobre Medicaid/TennCare Standard:

- Usted es responsable de informar a Medicaid/TennCare Standard de sus cambios de domicilio o ingresos.
- No permita que otra persona use su tarjeta de Medicaid/TennCare Standard porque, si lo hace, es probable que usted deba pagar al Estado las facturas médicas de esa persona.
- Tal vez usted tenga que colaborar con nosotros para lograr que el padre o la madre ausente, o ambos, paguen las facturas médicas o el seguro de sus hijos.
- Usted debe cederle al Estado todos los reembolsos que reciba por tratamientos médicos que pague Medicaid/TennCare Standard. Por ley, ese dinero pertenece al Estado. Si usted no se lo devuelve, puede perder el beneficio de TennCare, ser acusado de un delito y enfrentar una demanda ante un tribunal por el dinero.
- Usted debe colaborar con los organismos que se comuniquen con usted debido a investigaciones de fraude o abuso; entre ellos, la Oficina de Investigación de Tennessee (Tennessee Bureau of Investigation) o la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General).
- Para cumplir con el programa, Medicaid/TennCare Standard debe divulgar información financiera y personal sobre usted. La información se da a conocer sólo según la ley lo permita o

exija. Las personas que tengan acceso a la información sobre usted deben cumplir con todas las leyes estatales y federales acerca de la confidencialidad de la información.

- Si necesitamos obtener información médica para decidir si usted puede recibir o conservar beneficios de Medicaid/TennCare Standard, le proporcionaremos un formulario especial (un comunicado de HIPAA) para pedirle su información médica.
- Si posee o alquila una vivienda fuera del estado de Tennessee, es probable que no tenga derecho a recibir beneficios.
- Si recibe asistencia pública fuera del estado de Tennessee que no sean beneficios por desempleo, no tiene derecho a recibir Medicaid/TennCare Standard.
- **Si hay cambios en la información que usted proporcionó al DHS, debe informar de ellos en los diez (10) días posteriores al cambio.** Esto incluye cambios de domicilio, tamaño de la familia, bienes, empleo, ingresos, estado civil, elegibilidad para participar en Medicare o disponibilidad de seguro médico de grupo.
- **Su cobertura de TennCare tiene un costo mensual para el estado, independientemente de que usted la use o no.** Por eso es necesario que usted nos informe de los cambios en un plazo de 10 días. Nosotros estudiaremos si usted puede seguir recibiendo Medicaid/TennCare Standard.
- **Informe de inmediato a su asistente social sobre los cambios. Luego, en un plazo de treinta (30) días a partir del cambio, envíe por correo una carta de aviso del cambio a la oficina local del DHS.** En la carta, incluya copias de toda la documentación comprobatoria. Si no informa oportunamente de los cambios, tendrá que pagar a TennCare todos los beneficios que haya pagado indebidamente en nombre suyo y/o los faltantes de pago de primas.
- Si tiene cobertura de TennCare Medicaid, debe informar al DHS cuando venda o ceda bienes. También debe informar al DHS cuando obtenga una hipoteca (mortgage) o un préstamo sobre el valor neto (home equity loan) de su vivienda.
- **Es ilegal mentir u ocultar datos en esta solicitud o durante la entrevista.** Mentir u ocultar datos sobre ingresos, lugar de residencia u otros tipos de seguro que usted tenga puede dar lugar a que la Oficina del Inspector General inicie una investigación.
- Si el Estado paga por usted las facturas médicas o de atención en una residencia de cuidados médicos, de enfermería o para personas ancianas, **el Estado puede recuperar el dinero que usted adeude. En caso de que usted fallezca, el Estado puede cobrar de su herencia el dinero que usted adeude.**

Si usted compró una pensión vitalicia el 8 de febrero de 2006 o en fecha posterior, la Ley de Reducción del Déficit (DRA, Deficit Reduction Act) exige que el estado de Tennessee debe ser nombrado:

- el beneficiario residual en primer lugar para al menos el importe total de la asistencia médica pagada; **o bien,**
- el beneficiario residual en segundo lugar si existe un cónyuge no afiliado o un menor de edad discapacitado.

En ciertos casos, es posible que la compra de una pensión vitalicia sea tratada como una enajenación de bienes por un valor menor que el valor equitativo de mercado, y esto puede afectar que usted reciba de TennCare o Medicaid. Su asistente social le informará los detalles acerca de la enajenación de bienes por un valor menor que el valor equitativo de mercado.

¿Desea presentar la solicitud para votar en las próximas elecciones?

Las leyes estatales y federales nos exigen preguntarle a usted si desea registrarse para votar. Debemos hacerle esta pregunta cada vez que usted solicite beneficios o vuelva a solicitarlos, cuando sea

recertificado, o cuando nos llame para informarnos de su cambio de domicilio. Le ayudaremos a llenar todos los formularios.

Información sobre el registro de electores:

- Los beneficios que usted reciba del DHS no se verán afectados por su decisión de registrarse o no registrarse para votar.
- Nosotros podemos ayudarle a presentar la solicitud. Usted decide si desea recibir ayuda o no. Puede llenar el formulario en privado.
- Puede presentar una queja ante el Coordinador de Elecciones, a la siguiente dirección:
Coordinator of Elections, Secretary of State's Office, 900 William R. Snodgrass Tennessee Tower, Nashville, TN 37243, 1-615-741-7956, Tennessee Relay Center; o llamar al 1-800-848-0299, si usted cree que:
 - alguien ha interferido en el ejercicio de su derecho de registrarse o rehusarse a registrarse para votar;
 - alguien ha interferido en el ejercicio de su derecho a la privacidad al decidir si se registrará o al presentar la solicitud de registro para votar.
- Si usted decide registrarse o se rehúsa a ello, nosotros no daremos a conocer su decisión ni el lugar en donde presentó la solicitud a nadie que no pertenezca a la Comisión Electoral (Election Commission). Usaremos la información sólo para fines de registro.
- Usted no puede votar hasta que reciba su tarjeta de registro de elector. Si no recibe la tarjeta en tres semanas, comuníquese con la Comisión Electoral.
- La Comisión Electoral del condado investigará si usted puede registrarse para votar. Esto **no** lo decide el DHS ni la Oficina de TennCare.
- Si usted envía por correo su solicitud a la Comisión Electoral de su condado, debe presentarse en persona a votar la primera vez que lo haga.
- Nosotros le enviaremos por correo el formulario titulado Mail-In Application for Voter Registration (Solicitud por correo de registro de elector), en un plazo de 30 días, si usted nos informa por teléfono o Internet acerca de:
 - un cambio de domicilio;
 - una solicitud;
 - una nueva solicitud;
 - una recertificación;
 - una revisión.

Si quedan menos de 30 días para la fecha límite de registro, nosotros le enviaremos por correo el formulario en 5 días o el siguiente día laboral, si podemos.

HIPAA:

La ley federal **HIPAA** dispone que debemos mantener la confidencialidad de su información médica. También establece que es necesario darle a usted este aviso. Estas son las normas que debemos seguir para mantener la confidencialidad de la información sobre su salud. Las normas pueden cambiar y, si hay algún cambio importante, le avisaremos.

Con el fin de determinar su elegibilidad para recibir TennCare, el DHS puede divulgar información confidencial sobre la salud de usted a:

- Algunos empleados del Departamento que necesiten decidir si usted puede recibir beneficios de TennCare; y
- TennCare.
- El DHS también puede divulgar información confidencial sobre su salud al Departamento de Salud y Servicios Humanos federal, ya que ellos supervisan el programa TennCare.

Con el consentimiento previo y por escrito de usted, el DHS puede divulgar información confidencial sobre su salud a otras personas o entidades, como: los proveedores de atención médica que le brindan servicios a usted; un abogado; y/o miembros de su familia.

Si usted no proporciona un consentimiento previo y por escrito, el DHS puede divulgar información confidencial sobre su salud a:

- Un representante autorizado, quien tendrá también el derecho de dar un consentimiento por escrito para divulgar información confidencial sobre la salud de usted a otras personas o entidades.
- Un miembro de su familia u otras personas que participan en su atención médica. Usted puede pedirnos que no les proporcionemos información. Si podemos, haremos lo que nos solicite. Si usted es menor de edad, o se encuentra en una situación de emergencia, tal vez no podamos hacer lo que nos pide.

Sin ningún consentimiento previo, el DHS puede también divulgar información confidencial sobre su salud a:

- Un organismo supervisor de la salud o del orden, según lo exija la ley a fin de investigar denuncias de robos o fraudes relacionados con beneficios recibidos del programa.
- Otras personas o entidades, incluidos organismos del orden o de gobierno, cuando así lo permita la ley o lo exija una orden del tribunal.
- Otra persona o entidad para fines de investigación, según lo permita la ley.

DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene el derecho de:

- Ver sus expedientes médicos, salvo en los casos no permitidos por la ley.
- Obtener copias de sus expedientes médicos, salvo en los casos no permitidos por la ley.
- Hablar con nosotros sobre cómo usamos y divulgamos su información médica.
- Pedirnos que modifiquemos la información sobre su salud que usted considere incorrecta. Debe solicitar esto por escrito y explicar la razón. Tal vez no podamos modificarla y, si no lo hacemos, le explicaremos por qué.
- Pedirnos una lista de las partes que hayan recibido su información médica después del 14 de abril de 2003. Debe solicitar esto por escrito. La lista cubrirá hasta los 6 años anteriores a la solicitud; y la ley no nos obliga a incluir a las partes a quienes divulgamos su información con el fin de determinar su elegibilidad para recibir TennCare o porque usted nos lo solicitó por escrito.
- Pedirnos que no divulguemos algunos datos de su información médica. Debe solicitar esto por escrito, e indicarnos los datos que no desea que divulguemos. También debe decirnos a quién no desea que proporcionemos esa información; sin embargo, puede haber algunas ocasiones en que no podamos aceptar su solicitud, y le explicaremos por qué.
- Revocar su consentimiento de divulgación de su información médica. Si usted firma un formulario de consentimiento, puede revocarlo en cualquier momento. No obstante, debe hacerlo por escrito, y esto no cambiará ningún dato que ya hayamos divulgado.
- Pedirnos que nos comuniquemos con usted de otra forma o a un domicilio distinto. Debe solicitar esto por escrito.
- Pedir un nuevo aviso de las prácticas de privacidad del DHS.

PREGUNTAS o QUEJAS

¿Tiene preguntas acerca de este aviso? Llame al 1-888-863-6178. En el condado de Davidson, llame al 313-5790. Para la línea TTY, llame al: 1-800-270-1349.

¿Tiene alguna queja acerca de cómo se manejó la información confidencial sobre sus salud? Si tiene preguntas o quejas, puede llamar o escribir a una de las oficinas a continuación. Usted no perderá su elegibilidad por presentar una queja o hacer preguntas.

De acuerdo con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, U.S. Department of Agriculture), y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS, Health and Human Services), se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad. De conformidad con la Ley de Cupones de Alimentos (Food Stamp Act) y las políticas del USDA, también se prohíbe la discriminación por motivos de creencias religiosas o políticas.

Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el USDA o el HHS. Escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 (voz) o al (202) 720-6382 (TTY). Escriba al HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (TDD). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

También puede escribir al Tennessee, DHS, Office of General Counsel, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, o llamar al (615) 313-4700.

Su derecho a una audiencia justa:

¿Qué puede hacer usted si no está de acuerdo con la decisión que nosotros tomemos sobre su solicitud o su caso? Puede apelar para que se celebre una audiencia justa. Puede representarse usted mismo en esta audiencia. También puede venir acompañado por un amigo, pariente o abogado que le represente. Después de enterarse de nuestra decisión, tiene 90 días para presentar una apelación para beneficios de Families First y cupones de alimentos; y 40 días, para beneficios de Medicaid/TennCare Standard. **Si desea que sus beneficios continúen mientras se decide la apelación, debe solicitárnoslo en un plazo de 10 días para Families First y cupones de alimentos, y de 20 días para TennCare/Medicaid. Si usted pierde la apelación, es posible que tenga que reembolsar los beneficios que recibió durante el período en espera de la decisión de su apelación.** Si desea presentar una apelación, hable con su asistente social del DHS. También puede llamar sin cargo al Centro de Servicios de Asistencia Familiar (Family Assistance Service Center), al 1-866-311-4287.

Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar:

Yo (cliente), autorizo al Departamento de Educación de Tennessee o a la escuela de mi hijo para que entreguen los expedientes de asistencia escolar de los menores incluidos en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos expedientes, incluidos los números de Seguro Social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones del programa Families First, y los expedientes serán destruidos cuando ya no se necesiten.

Permiso para contactarme:

Autorizo al DHS para que se comunique conmigo por correo regular y por teléfono al domicilio y los números indicados en mi solicitud, y para que me deje mensajes cuando no me encuentre, según sea necesario para proporcionar información sobre mi solicitud de beneficios o servicios, o los beneficios o servicios que ya estoy recibiendo.