SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

USTED TIENE DERECHO A:

- Solicitar ayuda y que su elegibilidad se decida sin nuestra opinión en cuanto a su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad (lugar de nacimiento) o creencia política. Si usted tiene una discapacidad que lo limita de alguna manera, infórmenos a fin de que podamos realizar las adaptaciones necesarias para ayudarle. El Departamento de Niños y Familias (DCF) ofrece igualdad de oportunidades.
- De conformidad con la Ley de Derechos Civiles y la normativa y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones participantes o que administran programas del USDA tienen prohibido discriminar con motivo de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado de familia o de paternidad, creencias religiosas, o por represalias por actividades de derechos civiles anteriores, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases aplican para todos los programas). Las fechas límites para presentar reclamos o compensaciones varían según el programa o el incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, grabación de audio, lenguaje de signos, etc.) deberían ponerse en contacto con la agencia estatal o local que administre el programa o ponerse en contacto con el USDA mediante el servicio de retransmisión de telecomunicaciones al 711 (por voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas diferentes del inglés. Para presentar una denuncia de discriminación en el programa, complete el formulario de denuncia de discriminación en el programa de USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: Cómo presentar una denuncia de discriminación en un programa, y en cualquier oficina del USDA; o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Presente el formulario completo o una carta a USDA mediante: (1) correo: USDA Food and Nutrition Administration, George Washington Carver Center, 5601 Sunnyside Avenue, Beltsville, MD 20740; o (2) correo electrónico: FNACIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov. El USDA brinda igualdad de oportunidades de prestadores, empleados y prestamistas.
- El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS, por sus siglas en inglés) cumple las leyes federales correspondientes sobre derechos civiles y no discrimina con motivo de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo. El HHS no excluye a personas ni las trata diferente con motivo de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo. HHS: Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, por ejemplo: intérpretes calificados de lenguaje de signos, información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos con accesibilidad electrónica, otros formatos). Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo: intérpretes calificados, información por escrito en otros idiomas. Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el HHS al 1-877-696-6775. Si cree que el HHS no ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de otro modo con motivo de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., de forma electrónica mediante al Portal de Reclamos de Derechos Civiles de la Oficina, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).
- Ser entrevistado y notificado de su elegibilidad para recibir Asistencia de Alimentos dentro de los 30 días de haber presenta do una solicitud firmada (90 días para Medicaid si se tiene en cuenta su discapacidad al momento de decidir su elegibilidad).
- Puede ser entrevistado y notificado de su elegibilidad en los 30 días posteriores a su entrega de solicitud firmada de SNAP. Las solicitudes de Medicaid y asistencia temporal en efectivo pueden tardar de 30 a 45 días (90 días para Medicaid si se considera su discapacidad para decidir la elegibilidad).
- Recibir, o hacer que alguien reciba por usted, los beneficios para los que es elegible y ser notificado inmediatamente de cualquier medida que tomemos sobre su solicitud o cualquier modificación que realicemos en relación a sus beneficios.
- Recibir información sobre otros programas con los que contamos que podrían ayudarlo a usted o a su familia.
- Solicitar una audiencia ante un funcionario de audiencias del estado. Usted puede presentarse con un abogado, familiar, amigo o alguien de su elección o ser representado por éste. Si desea una audiencia, debe pedirla por escrito, llamar al Centro de Atención al Cliente o presen-tarse en la oficina dentro de los 90 días de la fecha de despacho por correo del aviso de resolución de su caso. Si solicita una audiencia antes del fin del último día del mes previo a la fecha de entrada en vigencia de la resolución negativa, sus beneficios podrán continuar en el nivel anterior hasta que se adopte una decisión en la audiencia. Usted deberá devolver los beneficios recibidos en caso de que la decisión de la audiencia no le sea favorable. Si necesita información para recibir asesoramiento legal gratuito, puede llamar al Centro de Atención al Cliente de ACCESS Florida, sin cargo, al número 1-866-762-2237 para obtener un listado de agencias de asesoramiento legal gratuito en su área.
- Exigir que se proteja la información que recibimos sobre usted o los integrantes de su grupo familiar, de conformidad con las leyes federales o estatales.
- Nombrar al adulto padre o madre del niño o a alguna persona que cumpla la función de padre o madre como beneficiario (la pers ona que recibirá sus beneficios de asistencia de alimentos). Si no hay niños en su grupo de asistencia, el beneficiario debe ser la persona que tenga el ingreso más alto.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

(**NOTA:** Usted tiene estas mismas responsabilidades si solicita el beneficio en nombre de otra persona.)

- Brindarnos constancia completa y correcta de la información solicitada, dentro de los límites de tiempo que se le asignen, a fin de determinar si usted reúne los requisitos para recibir ayuda.
- Usar sus beneficios de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo de una manera que genere el máximo beneficio para los niños que pertenecen al grupo de asistencia. La ley del Estado de Florida establece que cualquier persona que utilice el dinero asignado para la manutención de niños para algún otro fin puede ser multada, encarcelada o ambas.
- Declarar la condición de ciudadano o no ciudadano de los EE.UU. de los miembros de su grupo familiar que solicitan ayuda mediante

la firma de la solicitud de asistencia. Debe proporcionar constancia de la condición de no ciudadano, de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS), de todas las personas que no sean ciudadanas de los EE.UU. para las que solicita ayuda. Es posible que solicitemos al USCIS la confirmación de esa información. La información recibida del USCIS puede afectar su elegibilidad y el monto de los beneficios. No se exige constancia de la condición ante el USCIS de los individuos para los que no solicita ayuda.

- Solicitar beneficios de otras fuentes si esta solicitud, o la información que recibimos, demuestra que usted podría reunir los requisitos para esos beneficios. (No corresponde al Programa de Asistencia de Alimentos.)
- Transferir sus derechos de manutención de niños al estado y colaborar con el Control del Cumplimiento del Cuidado y Manutención de Hijos Menores (*Child Support Enforcement*, CSE) en establecer la paternidad y obtener manutención de un padre ausente del niño bajo su cuidado, a menos que usted pueda demostrar al CSE una buena causa para no hacerlo. (Para el Programa de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo, usted debe transferir sus derechos al estado. La transferencia de derechos al estado no corresponde en caso de contar con el Programa de Asistencia de Alimentos.)
- Informar cualquier seguro u otro plan de salud que pueda pagar costos de atención médica para usted o un miembro de su grupo familiar para quien usted solicita ayuda. También debe transferir al estado su derecho a recibir cualquier pago de seguro u otros planes de salud, a menos que pueda demostrarnos una buena causa para no hacerlo. (Corresponde para cualquier persona que solicite o reciba ayuda de los programas de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo, Asistencia para Refugiados o Programas de Medicaid.)
- Participar en las actividades de trabajo de los programas de empleo y capacitación de Asistencia para Refugiados, Asistencia de Alimentos y Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo. Ello incluye registrarse para obtener empleo, a menos que le hayamos indicado que no debe hacerlo.
- Informarnos, dentro de los 5 días corridos, si un niño de su familia se ausentará del hogar por 30 días o más. (Corresponde solamente al Programa de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo). Infórmenos cualquier cambio ocurrido en su situación conforme a los requisitos del programa.
- Informe todos los cambios en el hogar en los 10 días posteriores, incluyendo cualquier cambio en la vida en el hogar o la dirección postal (esto corresponde para los programas de asistencia temporal en efectivo y Medicaid).
- Informe cuando los ingresos brutos mensuales del hogar superen el 130% de ingresos brutos mensuales para el tamaño de su hogar. Esto puede informarse antes de los 10 días del mes siguiente al mes del cambio. Se anima a los hogares a informar cualquier cambio en la vida o la dirección postal (esto corresponde solo para el programa de asistencia alimentaria).
- Para la asistencia alimentaria debe informar cuando usted o un miembro del hogar reciba ingresos brutos de lotería o apuestas (antes de impuestos u otros montos retenidos) y el monto es mayor de $4750, si se lo ganó en un solo juego. Este cambio puede informarse dentro de los 10 días posteriores al fin de mes en que ocurrió el cambio.
- Para el programa de asistencia en alimentos, un adulto capaz sin dependientes es una persona de entre 18 y 64 años de edad, con capacidad física o mental para trabajar, que no vive ni se alimenta junto con un niño menor de 18 años, que no está embarazada y que no está exenta de los requisitos de trabajo del programa general de empleo para recibir asistencia de alimentos. Los Adultos Capaces Sin Dependientes deben informar cuando sus horas de trabajo se reducen a menos de 20 horas por semana con un promedio de 80 horas por mes.
- Asegúrese de que su hijo en edad escolar (de 6 a 17 años de edad) asista a la escuela. Si se descubre que su hijo falta a clase sin autorización o que dejó de asistir a la escuela, ese niño puede ser eliminado de la asistencia temporaria de dinero en efectivo y puede rebajarse el monto de su beneficio de dinero en efectivo, a menos que usted pueda demostrar que el niño tienen un buen motivo para faltar a la escuela. (Se aplica solamente al Programa de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo.)
- Tener una reunión con un funcionario escolar por cada niño en edad escolar (de 6 a 17 años de edad) en cada semestre para hablar sobre los avances en las tareas escolares o los problemas del niño en la escuela. Si usted no logra tener esta reunión, es posible que sea retirado de la Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo y que disminuya el monto de dinero en efectivo, a menos que usted pueda demostrar que tiene un buen motivo para no tener la reunión. (Se aplica solamente al Programa de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo.)
- Tener al día las inmunizaciones de sus hijos en edad preescolar (de 0 a 4 años de edad). (Se aplica solamente al Programa de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo.)
- Coopere con los funcionarios estatales y federales durante una revisión de control de calidad completando una entrevista, proporcionando los documentos que le soliciten y permitiéndoles ponerse en contacto con otras personas, como su empleador o arrendador, para confirmar su información.
- Reembolsar al Departamento Niños y Familias todos los beneficios recibidos para los cuales usted no es elegible. El monto que adeude puede restarse de sus pagos mensuales de asistencia de dinero en efectivo o de los beneficios de asistencia de alimentos hasta que el pago del monto total de la deuda. Si se produce un pago excedente a Medicaid, usted deberá reembolsar el monto personalmente.
- Bríndenos el Número de Seguro Social (SSN), o solicite un SSN, para cada uno de los miembros del grupo familiar para quienes está solicitando la ayuda. Corresponde a los programas de Asistencia de Alimentos, Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo y Medicaid. Usted no debe solicitar o proporcionarnos el SSN de un miembro del grupo familiar para quien no se solicita ayuda. Sin embargo, es posible que deba proporcionarnos información sobre los ingresos y los bienes de esas personas a fin de que podamos determinar la elegibilidad de otros miembros del grupo familiar para quienes se solicita ayuda.

EL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS TIENE DERECHO A:

- Contactarse con cualquier persona para poder decidir sobre su elegibilidad para obtener ayuda o de cualquier otra persona por quien usted está presentando la solicitud o recibiendo ayuda.

- Usar coincidencias con las bases de datos de otras agencias gubernamentales para confirmar el monto de ingresos y bienes disponibles para usted y las personas para las cuales usted presenta la solicitud o recibe ayuda. El monto de su beneficio puede modificarse sobre la base de esa información.
- Solicitar un límite de 48 meses sobre la cantidad de meses que las famitas pueden recibir beneficios de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo. Ese límite corresponde a las familias que cuentan con al menos un adulto elegible, a menos que esa persona reúna las condiciones para una eximición o que el Consejo Regional de Trabajo le otorgue una prórroga por dificultades económicas.

LA AGENCIA PARA LA ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE LA SALUD (AHCA) TIENE DERECHO A:

- Dar a conocer la información médica y el beneficio de Medicaid a las compañías de seguros u otras aseguradoras de planes de salud que hagan pagos por prestaciones médicas a fin de que puedan facturar por los servicios de atención a la salud recibidos por los miembros del grupo asistido por Medicaid. (No corresponde para los programas de Asistencia de Alimentos o de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo.)
- Obtener el pago de los gastos médicos de fuentes que no sean Medicaid, como compañías de seguros u otras aseguradoras de planes de salud. (No corresponde para los programas de Asistencia de Alimentos o de Asistencia Temporaria de Dinero en Efectivo.)
- Recolectar y examinar copias de la información médica y financiera relacionadas con los costos de atención de la salud pagados por Medicaid.
- Recibir la compensación por los pagos realizados por Medicaid para una persona que esté recibiendo dinero de un juicio, adjudicación, acuerdo seguro o alguna otra fuente legalmente responsable. La persona, el abogado de la persona o la compañía de seguros de la persona debe informar a la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud sobre todos los pagos posibles provenientes de cualquiera de esas fuentes.
- Presentar una demanda contra el patrimonio hereditario del beneficiario de Medicaid fallecido para el reembolso de la deuda de Medicaid. La recepción de los beneficios de Medicaid, por parte de una persona mayor de 55 años de edad, crea una deuda con la AHCA por el monto de los pagos de Medicaid realizados antes del fallecimiento de la persona. La persona que represente la herencia debe informar a la Unidad de Recuperación de Herencias de la Agencia (AHCA) el momento en que se inicia el proceso para la aprobación del testamento por parte del tribunal. (No corresponde para el Programa de Asistencia de Alimentos.)

INFORMACION ACERCA DE LA LEGISLACION SOBRE FRAUDE DE FLORIDA

Toda persona (incluso el representante designado o autorizado) que a sabiendas no dice la verdad, oculta información, simula ser otra persona, no brinda toda la información necesaria sobre sí mismo, la(s) persona(s) por la que presenta la solicitud u otras personas de su hogar o hace cualquier otra cosa ilegal con el fin de obtener los beneficios de asistencia pública del gobierno estatal o federal es culpable de un delito y será castigada conforme a lo que permita la ley estatal o federal. Además, toda persona (incluso el representante designado/autorizado) que a sabiendas no informe un cambio de las circunstancias con el fin de continuar recibiendo esa ayuda o beneficios que no deben tener, o más beneficios de los que deberían tener, es culpable de un delito y será castigado conforme a lo que permita la ley estatal o federal. Toda persona que intencionalmente ayuda a otra persona a realizar cualquiera de las acciones antes mencionadas es culpable de un delito y será castigada conforme a lo que permita la ley estatal o federal. Esta información se encuentra en la Sección 414.39 de los Estatutos del Estado de Florida. Puede obtener información sobre esta ley en la oficina de asistencia pública local o en Internet.