## Aviso sobre derechos, responsabilidades y sanciones del Departamento de Asistencia Transitoria (DTA)

- → Este aviso indica los derechos y las responsabilidades para todos los programas del DTA. Debe cumplir con las reglas de los programas en los que solicita participar.
- → Lea estas páginas y consérvelas para consulta.
- → Informe al DTA si tiene preguntas.

#### Juro bajo pena de perjurio que:

- Leí la información de este formulario, o alguien la leyó para mí.
- Mis respuestas en este formulario son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.
- Proporcionaré al DTA información que sea verdadera y completa a mi leal saber y entender durante mi entrevista y en el futuro.

#### **Entiendo que:**

- proporcionar información falsa o engañosa es fraude,
- distorsionar u ocultar datos para obtener beneficios del DTA es fraude,
- el fraude se considera una Violación intencional del programa (IPV) y
- si el DTA considera que cometí fraude, podrá presentar demandas civiles y penales contra mí.

## También entiendo que:

- El DTA verificará la información que proporciono en mi solicitud. Si alguna información es falsa, el DTA podrá negarme los beneficios.
- También podré estar sujeto/a a una acción penal por proporcionar información falsa.
- Si el DTA obtiene información de una fuente confiable sobre un cambio en mi grupo familiar, el monto de mi beneficio podría cambiar.
- Al firmar este formulario, doy permiso al DTA para que verifique mi elegibilidad para recibir beneficios, lo que incluye:
  - Obtener información de otras agencias estatales o federales, autoridades de vivienda locales, departamentos de bienestar fuera del estado, instituciones financieras y Equifax Workforce Solutions (The Work Number). También doy permiso a esas agencias para compartir información sobre la elegibilidad de mi grupo familiar para recibir beneficios con el DTA.
  - Si el DTA usa información de Equifax sobre los ingresos percibidos por mi grupo familiar, tengo derecho a recibir una copia de mi informe de Equifax si la solicito dentro de los 60 días posteriores a la decisión del DTA. Tengo derecho a cuestionar la información que figura en el informe. Puedo comunicarme con Equifax a: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (número gratuito).
- Tengo derecho a recibir una copia de mi solicitud, incluida la información que el DTA usa para decidir la elegibilidad de mi grupo familiar y el monto de los beneficios. Puedo pedir al DTA una copia electrónica de la solicitud completa.

#### ¿Cómo usará el DTA mi información?

Al firmar a continuación, doy permiso al DTA para que obtenga información y comparta información sobre mí y los miembros de mi grupo familiar con:

- Bancos, escuelas, gobierno, empleadores, arrendadores, empresas de servicios y otras agencias para verificar si soy elegible para beneficios.
- Empresas de servicios de electricidad, gas y teléfono para que pueda obtener descuentos en los servicios. Las empresas no pueden compartir mi información ni usarla para ningún otro fin.
- El Departamento de vivienda y desarrollo comunitario para que me inscriban en el programa Heat & Eat. Este programa ayuda a las personas a obtener la mayor cantidad de beneficios posible.
- El Departamento de educación temprana y secundaria para que mis hijos puedan recibir comidas escolares gratis.
- El Programa de mujeres, bebés y niños (WIC) para que los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas de mi grupo familiar reciban WIC.
- Los Servicios de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos (USCIS) para verificar mi estado migratorio.
   La información de USCIS podría afectar la elegibilidad de mi grupo familiar y el monto de los beneficios del DTA.

Nota: Aunque no sea elegible para beneficios debido a su estado migratorio, el DTA no lo/la denunciará con las autoridades de migraciones a menos que le muestre al DTA una orden final de deportación.

- El Departamento de Recaudación de Impuestos (DOR) para verificar mi elegibilidad para créditos fiscales basados en los ingresos, como Ingresos percibidos e Ingresos limitados, y para determinar si soy elegible para una "exención de impuestos" o condición de dificultad económica.
- El Departamento de Niños y Familias (DCF) para coordinar servicios ofrecidos conjuntamente por el DTA y el DCF.

#### ¿Cómo usa el DTA los Números del Seguro Social (SSN)?

El DTA puede solicitar números del Seguro Social de conformidad con la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) para el SNAP, y de conformidad con M.G.L. c. 18, artículo 33 para TAFDC y EAEDC. El DTA usa SSN para:

- Verificar la identidad y elegibilidad de cada miembro del grupo familiar por los que presento la solicitud mediante programas de cotejo de datos.
- Supervisar el cumplimiento de las reglas del programa.
- Cobrar dinero su el DTA determina que recibí beneficios para los que no era elegible.
- Ayudar a las agencias policiales a atrapar a las personas que se ocultan de la ley.

Entiendo que no tengo que proporcionarle al DTA el SSN de ninguna persona de mi grupo familiar que no sea ciudadana, incluido/a yo mismo/a, y quien no desea recibir beneficios. Los ingresos de una persona no ciudadana podrán contabilizarse incluso si esa persona no recibe beneficios.

#### Derecho a un intérprete

## Entiendo que:

- Tengo derecho a un intérprete profesional gratis proporcionado por el DTA si prefiero comunicarme en un idioma que no es el inglés.
- Si tengo una audiencia con el DTA, puedo pedirle al DTA que me proporcione un intérprete profesional
  gratis o, si lo prefiero, puedo traer a alguien para que actúe de intérprete. Si necesito que el DTA me
  proporcione un intérprete para una audiencia, debo llamar a la División de audiencias al menos una
  semana antes de la fecha de la audiencia.

## Derecho a inscripción para votar

## Entiendo que:

- Tengo derecho a inscribirme para votar a través del DTA.
- El DTA me ayudará a completar el formulario de solicitud de inscripción como votante si necesito ayuda.
- Puedo completar el formulario de solicitud de inscripción como votante en privado.
- Solicitar o rechazar la inscripción como votante no afectará mis beneficios con el DTA.

## Oportunidades de empleo

Acepto que el DTA podrá compartir mi nombre e información de contacto con proveedores de empleo y capacitación, incluidos:

- Proveedores de Path to Work del SNAP o especialistas del DTA para clientes del SNAP; y
- Proveedores de empleo y capacitación contratados o trabajadores de participación plena para usuarios de TAFDC.

Los usuarios del SNAP podrán participar voluntariamente en servicios educativos y de capacitación laboral a través del programa Path to Work del SNAP.

#### Estado de ciudadanía

Juro que todos los miembros de mi grupo familiar que solicitan beneficios del DTA son ciudadanos de los EE. UU. o son no ciudadanos que residen legalmente.

## Programa de asistencia nutricional suplementaria

## **Entiendo que:**

- El DTA administra el programa SNAP en Massachusetts.
- Cuando presento una solicitud con el DTA (por teléfono, en línea, en persona o por correo o fax), el DTA tiene 30 días desde la fecha en la que recibió mi solicitud para decidir si soy elegible.
  - Si soy elegible para el SNAP acelerado (de emergencia), el DTA debe proporcionarme el SNAP y asegurarse de que reciba una tarjeta para Transferencia electrónica de beneficios (EBT) en un plazo de 7 días desde la fecha en la que recibieron mi solicitud.

- Tengo derecho a hablar con un supervisor del DTA si:
  - El DTA determina que no soy elegible para beneficios del SNAP de emergencia y yo no estoy de acuerdo.
  - Soy elegible para beneficios del SNAP de emergencia, pero no recibo mis beneficios antes del 7º día después de presentar mi solicitud para el SNAP.
  - Soy elegible para beneficios del SNAP de emergencia, pero no recibo mi tarjeta EBT antes del 7º día después de presentar mi solicitud para el SNAP.
- Cuando reciba el SNAP, deberé cumplir con ciertas reglas. Cuando me aprueben para el SNAP, el DTA me
  entregará una copia del folleto "Su derecho a saber" (Your right to know) y el folleto del programa SNAP.
  Leeré los folletos o le pediré a alguien que los lea para mí. Si tengo preguntas o necesito ayuda para leer
  o comprender esta información, puedo llamar al DTA al 1-877-382-2363.
- Notificar al DTA sobre cambios en mi grupo familiar:
  - Si pertenezco a un grupo familiar de Informe simplificado del SNAP, no tengo que informar la mayoría de los cambios al DTA hasta la fecha de presentación del Informe provisional o el vencimiento de la recertificación con el DTA. Lo que sí debo informar antes es lo siguiente:
    - Si los ingresos de mi grupo familiar superan el límite de ingresos brutos (que se indica en el aviso de aprobación).
      - Debo informar esto antes del 10º día del mes posterior al mes en el que mis ingresos superaron el límite.
    - Si debo cumplir con las reglas laborales de Adultos físicamente capaces sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés) y la cantidad de horas de trabajo se reducen a menos de 20 horas semanales.
  - Si alguien en mi grupo familiar tiene más de 60 años, es discapacitado o menor de 18 años, y si nadie recibe ingresos por su trabajo, lo único que debo informar es lo siguiente:
    - Si alguien comienza a trabajar, o
    - Si alguien se une al grupo familiar o sale del grupo familiar.
      - Debo informar estos cambios antes del 10º día del mes posterior al mes en el que ocurrió el cambio.
  - Si recibo SNAP a través de la Alternativa de beneficios transitorios (TBA) debido a que ya no recibo TAFDC, no necesito informar ningún cambio al DTA durante los primeros 5 meses que reciba TBA.
  - o Si recibo SNAP a través de Bay State CAP, no necesito informar ningún cambio al DTA.

Si yo y todos en mi grupo familiar recibimos ayuda en efectivo (TAFDC o EAEDC), debo informar ciertos cambios al DTA dentro de los 10 días posteriores al cambio. Consulte ¿Cuándo debo informar al DTA sobre cambios en mi grupo familiar? en Ayuda transitoria para familias con hijos dependientes (TAFDC) y Ayuda transitoria para adultos mayores, discapacitados y niños (EAEDC) a continuación.

Podré recibir más beneficios del SNAP su informo y le demuestro al DTA lo siguiente en cualquier momento:

- Costos de la atención de hijos u otros dependientes, costos de vivienda y/o costos de servicios;
- Manutención infantil que yo (o alguien de mi grupo familiar) esté obligado/a a pagar a una persona que no pertenece al grupo familiar; y

 Costos médicos para miembros de mi grupo familiar, incluido/a yo mismo/a, mayores de 60 años o discapacitados.

Reglas laborales para usuarios del SNAP: Si recibe beneficios del SNAP y tiene entre 16 y 59 años, podría cumplir con las reglas laborales generales del SNAP o las reglas laborales de ABAWD, a menos que esté exento/a. El DTA me informará a mí y a los miembros de mi grupo familiar si debemos cumplir con alguna regla laboral, las exenciones y lo que ocurrirá si no cumplo con las reglas.

Si está abarcado/a por las reglas de trabajo del SNAP:

- Debe registrarse para trabajar al momento de presentar la solicitud y cuando se recertifique para el SNAP.
   Se registra cuando firma el formulario de solicitud o recertificación del SNAP.
- Debe proporcionar información al DTA sobre su situación laboral cuando el DTA la solicite.
- Debe informar a un empleador si es remitido/a por el DTA.
- Debe aceptar una oferta de trabajo (a menos que tenga un motivo justificado para no hacerlo).
- No debe renunciar a un empleo de más de 30 horas semanales sin un motivo justificado.
- No debe reducir sus horas de trabajo a menos de 30 horas semanales sin un motivo justificado.

### Reglas del SNAP

- → No proporcione información falsa ni oculte información para obtener beneficios del SNAP.
- → No intercambie ni venda beneficios del SNAP.
- → No modifique las tarjetas EBT para obtener beneficios del SNAP para los que no es elegible.
- → No use beneficios del SNAP para comprar productos no elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
- → No use los beneficios del SNAP ni la tarjeta EBT de otra persona a menos que sea un representante autorizado o que el beneficiario le haya dado permiso para usar su tarjeta en su nombre.

## Advertencias de sanción del SNAP

Entiendo que si yo o cualquier miembro de mi grupo familiar en el SNAP viola intencionalmente alguna de las reglas indicadas anteriormente, esa persona no será elegible para recibir beneficios del SNAP durante *un año* después de la primera violación, *dos años* después de la segunda violación y *para siempre* después de la tercera violación. Esa persona también podría recibir una multa de hasta \$250,000, prisión durante hasta 20 años o ambas. También podría estar sujeta a procesos judiciales conforme a las leyes federales y estatales.

Entiendo también las siguientes sanciones. Si yo o un miembro de mi grupo familiar en el SNAP:

- Cometemos una violación intencional del programa (IPV) de **beneficios en efectivo**, no seremos elegibles para el SNAP por el mismo período que no seamos elegibles para recibir ayuda en efectivo.
- Realizamos una declaración fraudulenta sobre nuestra identidad o residencia para recibir múltiples beneficios del SNAP al mismo tiempo, no seremos elegibles para el SNAP por diez años.

- Comercializamos (vendemos o compramos) beneficios del SNAP para sustancias/drogas ilegales, no seremos elegibles para el SNAP por *dos años* después de la primera violación y *para siempre* después de la segunda violación.
- Comercializamos (vendemos o compramos) beneficios del SNAP para armas de fuego, municiones o
  explosivos, no seremos elegibles para el SNAP para siempre.
- Ofrecemos vender beneficios del SNAP o una tarjeta EBT en línea o en persona, el estado podrá considerar una Violación intencional del programa (IPV) contra nosotros.
- Pagamos alimentos comprados a crédito, no seremos elegibles para el SNAP.
- Compramos productos con beneficios del SNAP con la intención de desechar el contenido y devolver los envases para recibir dinero, no seremos elegibles para el SNAP.
- Escapamos para evitar procesamiento, custodia o confinamiento después de una condena por un delito grave, no seremos elegibles para el SNAP.
- Violamos una libertad condicional o bajo palabra y la policía busca activamente arrestarnos, no seremos elegibles para el SNAP.

Toda persona condenada por un crimen después del 7 de febrero de 2014 no es elegible para recibir beneficios del SNAP si es delincuente fugitivo o viola la libertad condicional o bajo palabra, de conformidad con el título 7 del CFR, artículo 273.11(n),  $\underline{\mathbf{y}}$  fue condenada en su adultez por:

- 1. Abuso sexual agravado conforme al artículo 2241 del título 18 de U.S.C.;
- 2. Asesinato conforme al artículo 1111 del título 18 de U.S.C.;
- 3. Cualquier delito contemplado en el capítulo 110 del título 18 de U.S.C.;
- 4. Un delito federal o estatal que incluya agresión sexual, como se define en el artículo 40002(a) de la Ley VAWA de 1994 (Título 42 de U.S.C., artículo 13925a); o
- 5. Un delito conforme a la ley estatal que un abogado determine que es sustancialmente similar a un delito descrito en esta lista.

#### Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, el reclamante debe completar el formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <a href="https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf">https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf</a>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el

número de teléfono del reclamante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse a:

#### 1. correo postal:

Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; or

2. fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; or

3. correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Este instituto ofrece igualdad de oportunidades.

Ayuda transitoria para familias con niños dependientes (TAFDC) y Ayuda de emergencia para adultos mayores, discapacitados y niños (EAEDC)

TAFDC y EAEDC son programas de asistencia en efectivo. Para obtener más información y presentar una solicitud, visite DTAConnect.com o llame a su oficina local del DTA. Esta información solo se aplica a grupos familiares que solicitan TAFDC o EAEDC.

# ¿Cuándo debo informar al DTA los cambios en mi grupo familiar?

Debo informar al DTA los cambios que podrían afectar mi TAFDC o EAEDC (beneficios en efectivo) **en un plazo de 10 días**, pero no necesito informar al DTA sobre un cambio en mis ingresos inferior a \$100 por mes. Esto incluye cambios en mis ingresos, dirección, con quién vivo, tamaño de la familia, trabajo y seguro de salud.

## ¿Cómo obtengo seguro de salud?

- Si recibo TAFDC o EAEDC, también recibiré MassHealth.
- Si me niegan TAFDC o EAEDC, MassHealth usará mi información para evaluar si soy elegible para seguro de salud.
- Si se suspende mi EAEDC, debo presentar una solicitud a MassHealth por separado. Para preguntar sobre la solicitud, llame a 1-800-841-2900.

Si recibo MassHealth, acepto que MassHealth podrá cobrar:

- dinero que se me adeude para mi atención médica, y
- apoyo médico del padre/la madre ausente de cualquier menor de 19 años que reciba beneficios de MassHealth.

#### ¿Aplican reglas especiales si soy elegible solo por un accidente o una lesión?

Si mi familia recibe beneficios de MassHealth o del DTA como consecuencia de un accidente o una lesión, debo usar el dinero que reciba por el accidente o la lesión para pagarles. El dinero podría provenir de una póliza de seguro, una liquidación o de cualquier otra fuente. Esto aplica incluso si todavía desconozco las posibles fuentes de dinero.

Acepto cooperar con MassHealth y el DTA de la siguiente manera:

- Completando reclamaciones de dinero de otras fuentes.
- Informando a MassHealth y al DTA de inmediato acerca de -cualquier reclamación del seguro, demanda u otros procedimientos para obtener dinero.
- Proporcionando a MassHealth y al DTA toda información nueva cuando la obtenga.

Si no coopero, MassHealth y el DTA podrán suspender o rechazar mis beneficios. Acepto que MassHealth y el DTA podrán:

- Compartir información sobre mis beneficios para cobrar dinero a fin de pagar esos beneficios.
- Ver todos los registros sobre el dinero que podría recibir por el accidente o la lesión, como registros del Departamento de Accidentes Industriales.

Si recibo EAEDC porque tengo una discapacidad o soy mayor de 65 años, debo solicitar beneficios federales de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Si me aprueban para recibir beneficios de SSI durante el mismo tiempo que recibo EAEDC, la Administración del Seguro Social enviará parte de mis beneficios retroactivos de SSI para pagar la EAEDC.

#### Aviso importante sobre la ley y sus beneficios

Una violación intencional del programa (IPV) es proporcionar intencionalmente una declaración falsa, engañosa o tergiversada, u ocultar información, ya sea de forma oral o escrita, con el objetivo de establecer o mantener la elegibilidad para beneficios de TAFDC o EAEDC, o para obtener beneficios para los que no soy elegible.

Si se determina que soy culpable de una IPV en un tribunal, una audiencia administrativa de inhabilitación o mediante la firma de una renuncia, me inhabilitarán para recibir beneficios de TAFDC o EAEDC por un período de:

- 6 meses para la primera violación
- 12 meses para la segunda violación
- para siempre en la tercera violación

También aplican otras leyes.

#### Prohibiciones de compras con la tarjeta EBT

Entiendo que es ilegal usar fondos de TAFDC o EAEDC incluidos en una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) para pagar lo siguiente: bebidas alcohólicas; productos de tabaco; boletos de lotería; material y representaciones dirigidas a adultos; juegos de azar; armas de fuego y municiones; servicios de vacaciones; tatuajes; perforaciones corporales; joyas; televisores; reproductores de audio, videojuegos o consolas en tiendas de alquiler con opción de compra; marihuana recreativa; tarifas ordenadas por el tribunal; multas; fianzas o cauciones.

## Prohibiciones con respecto a dónde puedo usar mi tarjeta EBT

Entiendo que es ilegal usar mi tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) en los siguientes lugares: librerías para adultos; tiendas de parafernalia para adultos o establecimientos de representaciones orientadas a adultos; distribuidores de municiones; salas de juego; casinos o establecimientos de juegos de azar; cruceros; distribuidores de armas de fuego; joyerías; licorerías; salones de manicura o estética; agencias de envío de efectivo a países extranjeros; tiendas de marihuana recreativa o salones de tatuaje.

### Sanciones para las compras prohibidas en efectivo con la tarjeta EBT

- Primera infracción: Debo pagar al DTA el monto gastado.
- Segunda infracción: Debo pagarle al DTA el monto gastado y perderé los beneficios en efectivo por dos meses.
- Tercera infracción: debo pagar al DTA el monto gastado y perderé los beneficios en efectivo de forma permanente.

FIRMA:
Al firmar esta solicitud, certifico que entiendo y acepto los "Derechos, responsabilidades
y sanciones".
Firma del solicitante:
Fecha: