

Asistencia con los costos de Medicare Programas de Ahorros de Medicare (llamados Buy-In)

Tenga en cuenta que esta solicitud es solamente para los Programas de Ahorros de Medicare (Buy-In) y que no se usará para determinar la elegibilidad para otros programas de MassHealth.

Este paquete contiene un formulario aparte para solicitar beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). Si usted desea obtener los beneficios de SNAP, por favor complete el formulario que le llegó adjunto a esta solicitud. Usted no tiene que completar el formulario de SNAP para obtener asistencia con los costos de Medicare.

¿Qué son los programas de Ahorros de Medicare (Buy-In)?

Los programas de Ahorros de Medicare y MassHealth (Buy-In) ayudan a pagar algunos costos de bolsillo de Medicare. Los programas Buy-In también pueden ayudar a obtener Medicare Parte B para las personas que solo tienen Medicare Parte A. Si tiene un programa Buy-In, usted será inscrito automáticamente en el programa de Ayuda Adicional de Medicare Parte D (*Extra Help*), el cual brinda asistencia con los costos de farmacia.

¿Cuántos ingresos y bienes puedo tener?

Para PERSONAS SOLAS Si sus bienes contables son iguales o menores de \$15,940	
Y si sus ingresos mensuales antes de descontar impuestos y deducibles son iguales o menores de...	ENTONCES usted será elegible para obtener beneficios de...
\$1,396	Senior Buy-In
\$1,771	Buy-In
Para PAREJAS CASADAS que vivan juntos Si sus bienes contables son iguales o menores de \$23,920	
Y si sus ingresos mensuales antes de descontar impuestos y deducibles son iguales o menores de...	ENTONCES ustedes serán elegibles para obtener beneficios de...
\$ 1,888	Senior Buy-In
\$2,396	Buy-In

MassHealth permite que se hagan ciertas deducciones de ingresos brutos salariales y no salariales. Estas deducciones se describen en 130 CMR 520.012 hasta 520.014.

Algunos ejemplos de bienes contables son: cuentas bancarias, valores, inversiones, un segundo automóvil y dinero en efectivo. Los bienes que se consideran contables y los que no se cuentan se describen en 130 CMR 520.007 hasta 520.008.

Las cantidades de los topes de ingresos estarán en vigencia desde el 1 de marzo de 2021.

Las cantidades de los topes de bienes estarán en vigencia desde el 1 de enero del 2021.

Para obtener información más actualizada sobre los topes de ingresos y de bienes, visite www.mass.gov/service-details/program-financial-guidelines-for-certain-masshealth-applicants-and-members.

Beneficios del Programa de Ahorros de Medicare (Buy-In)

MassHealth Senior Buy-In

MassHealth Senior Buy-In podría pagar sus primas de la Parte B de Medicare (y las primas de la Parte A para quienes tengan uno) y los deducibles y coseguros de la Parte A y la Parte B.

MassHealth Buy-In

MassHealth Buy-In podría pagar su prima de Medicare Parte B.

Si soy elegible para uno de los programas de Ahorros de Medicare (Buy-In), ¿cómo me pagarán?

Si MassHealth considera que usted es elegible para pagarle su prima de Medicare Parte B, le informaremos a Medicare.

Si su prima de Medicare Parte B se deduce de su beneficio del seguro social, se reajustará su beneficio mensual de modo que ya no se descontará su prima de Medicare. Esto quiere decir que la cantidad de su beneficio del seguro social aumentará por el valor que se haya descontado para pagar su prima de Medicare Parte B.

Si usted es elegible para Medicare Parte B, pero aún no lo recibe, o si usted paga su prima de Medicare Parte B de otra manera, como recibir una factura trimestral de Medicare, MassHealth comenzará a pagar esta factura por usted.

Tomará varios meses hasta reajustar su beneficio del seguro social o pagar su factura. Sin embargo, usted recibirá la cantidad de sus primas de Medicare Parte B que pagó como un reembolso retroactivo al mes en que fue elegible para los programas Buy-In o Senior Buy-In de MassHealth. Usted obtendrá este reembolso de la misma manera en que recibe sus beneficios del seguro social.

¿Cuándo comienza la cobertura?

Si usted es elegible para recibir **MassHealth Senior Buy-In**, su cobertura comienza el mes posterior a que procesemos su solicitud. Si usted es elegible para recibir **Buy-In**, en la mayoría de los casos, la cobertura ya podría comenzar hasta tres meses antes del mes de su solicitud.

Usted recibirá una notificación por escrito informándole sobre su cobertura y cuándo comienza. Si no es elegible, la notificación le dará los motivos por los cuales no es considerado elegible. Si usted cree que la decisión es incorrecta, tiene el derecho de apelar. La información sobre cómo apelar se encuentra al dorso de la notificación.

Cómo usamos su número de seguro social

A menos que corresponda aplicar una de las excepciones indicadas a continuación, usted debe darnos un Número de Seguro Social (SSN) o un comprobante de que haya solicitado uno, por cada miembro del hogar que solicite el beneficio.

Excepciones

Usted no tiene que darnos su SSN ni un comprobante de que se haya aplicado una excepción si usted o si alguno de los miembros de su hogar:

- tiene una exención religiosa según lo descrito en las leyes federales.
- es elegible solamente para obtener un SSN que no sea de trabajo.
- no es elegible para obtener un SSN.

Usamos los SSN para verificar la información que usted nos haya dado. También los usamos para detectar casos de fraude, para ver si alguien recibe beneficios por duplicado o para ver si otros (un “tercero”) deberían estar pagando por los servicios.

Es posible que comparemos el SSN de alguien de su hogar que solicite beneficios y el de alguien que tenga seguro de salud o que pueda obtenerlo para dichas personas con los archivos de agencias, incluidas las siguientes:

- Servicio de Impuestos Internos (IRS)
- Administración del Seguro Social (SSA)
- Subvención para la Verificación Sistemática de Extranjeros (SAVE)
- Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMMS)
- Registro de Vehículos Motorizados (RMV)
- Departamento de Hacienda (DOR)
- Departamento de Asistencia Transicional (DTA)
- Departamento de Accidentes Industriales (DIA)
- División de Asistencia al Desempleado
- División de Recursos Humanos del Departamento de Servicios para Veteranos (DVS)
- Agencia de Investigaciones Especiales (BSI)
- Agencia de Estadísticas Vitales (Departamento de Salud Pública)
- Bancos
- Otras instituciones financieras

También podrían compararse los archivos con datos de agencias de servicios sociales en este u otros estados, y con archivos informáticos de compañías de seguro, empleadores y organizaciones de atención médica administrada. Además, MassHealth podría obtener su historial de finanzas (y, si correspondiera, el de los miembros de su hogar) de bancos y otras instituciones financieras para verificar sus recursos económicos y así determinar su elegibilidad mientras sea un afiliado de MassHealth.

¿Cómo solicito los programas de Ahorros de Medicare (Buy-In)?

1. Para solicitar los programas de MassHealth Buy-In, complete la solicitud adjunta. También incluya información sobre su cónyuge, si él o ella vive con usted.
2. Firme la solicitud completada y
envíela a: **MassHealth Enrollment Center**
P.O. Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214
o por fax al: **(857) 323-8300.**
3. Cuando recibamos su solicitud, la revisaremos para ver si está completa. Si necesitamos más información, le escribiremos o le llamaremos. Una vez que obtengamos toda la información, decidiremos si usted es elegible. También decidiremos si su cónyuge es elegible.
4. Junto con su solicitud, adjuntamos un formulario de inscripción de votante. (Usted no necesita inscribirse para votar para obtener un programa de MassHealth Buy-In.)
5. Si usted desea que alguien actúe en su nombre como su representante autorizado, infórmenos usando el *Formulario de designación del representante autorizado* adjunto.

Por favor tenga en cuenta que esta solicitud es solamente para los programas MassHealth Buy-In. Si usted deseara solicitar todos los programas de MassHealth (incluidos los programas Buy-In) por medio de una sola solicitud, comuníquese con MassHealth al número indicado anteriormente para pedir una solicitud completa.

Privacidad y confidencialidad

MassHealth se compromete a mantener confidencial su información personal. Toda la información personal que tengamos sobre cualquier solicitante o afiliado, incluidos datos médicos, estado de salud y la información personal que usted nos dé al solicitar y recibir beneficios, es confidencial. Esta información no podría ser usada ni divulgada sin su permiso excepto para los propósitos de la administración de MassHealth a menos que sea requerida por ley o por orden judicial.

Usted puede darnos su autorización por escrito para usar su información personal de salud para un propósito específico o para compartirla con una persona u organización específica. Usted también puede darnos su autorización para compartir su información personal con su representante autorizado, Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes (CAC) o Navegador, si tiene uno, llenando un *Formulario de designación del representante autorizado*, o un *Formulario de designación del asesor certificado para tramitar solicitudes* o un *Formulario de designación del navegador*.

Autorización para divulgar información

Si desea que compartamos su información personal de salud, e incluso que enviemos las copias de sus avisos de elegibilidad, con alguien que no es su representante autorizado, usted puede hacer esto dándonos su autorización por escrito.

Para informarse más sobre cómo MassHealth podría usar su información, cuáles son sus derechos y sobre cómo autorizarnos para divulgar su información personal, consulte los formularios de Autorización para compartir información y de Aviso de prácticas de privacidad (*Notice of Privacy Practices*) de MassHealth en la sección Formularios importantes, a continuación.

Representante autorizado

Un representante autorizado es alguien que usted elige para que lo ayude a obtener cobertura de atención de salud a través de los programas ofrecidos por MassHealth. Usted puede hacer esto completando el *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD). Un representante autorizado puede completar sus formularios de solicitud o de revisión de elegibilidad, dar pruebas de la información indicada en estos formularios de elegibilidad, informar sobre cambios en sus ingresos, dirección u otras circunstancias, recibir copias de los avisos de elegibilidad de MassHealth que le envíen a usted, y actuar en su nombre en todos los demás asuntos relacionados con MassHealth.

Un representante autorizado puede ser un amigo, un familiar u otra persona u organización que usted elija para ayudarlo. La elección de un representante autorizado, si así lo desea, depende solo de usted. MassHealth no elegirá un representante autorizado por usted.

Usted debe designar por escrito a la persona u organización que usted quiere que sea su representante autorizado usando el *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD). Dicho formulario está incluido en el paquete de solicitud. En la mayoría de los casos, su representante autorizado también debe completar este formulario. Para obtener más detalles, por favor consulte las instrucciones dadas en el formulario.

Un representante autorizado también puede ser una persona que actúe en su nombre responsablemente, si usted no puede designar por escrito a un representante autorizado debido a una condición de salud mental o física, o alguien que haya sido designado por ley para actuar en su nombre o en nombre de su sucesión. Esta persona debe completar las partes correspondientes del Formulario de designación del representante autorizado. Si esta persona ha sido nombrada por ley para representarlo, ya sea usted o esta persona también debe presentar ante MassHealth una copia del documento legal correspondiente indicando que dicha persona lo representa legalmente a usted o a su sucesión. Esta persona puede ser un tutor legal, conservador, titular de un poder notarial o apoderado para atención de salud (*proxy*), o, si el solicitante o afiliado ha fallecido, el administrador o albacea de la sucesión.

Formularios importantes

Puede encontrar los siguientes formularios importantes en nuestro sitio web en www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members

- Aviso de prácticas de privacidad de MassHealth
- Autorización para divulgar información
- Formulario de designación del representante autorizado (ARD)

Usted también puede llamarnos al (800) 841-2900; o TTY: (800) 497-4648 para pedir cualquiera de estos formularios.

Notificación de cambios

Si hubiera algún cambio en su vida, incluidos entre otros, cambios en ingresos, bienes, dirección, seguro de salud, estado inmigratorio o en una discapacidad, usted debe informarnos dentro de los 10 días calendario de ocurridos los cambios o lo antes posible. Usted podría perder sus beneficios si no nos notifica sobre estos cambios. Usted puede informarnos sobre los cambios llamando al (800) 841-2900, o TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla.

Otros beneficios

MassHealth ofrece otros beneficios de atención de salud que pagan directamente por servicios médicos, y que podrían pagar sus copagos y deducibles de Medicare. Es posible que usted sea elegible para estos beneficios si sus ingresos y bienes están por debajo de determinadas cantidades o si usted es discapacitado y menor de 65 años de edad. Llámenos al (800) 841-2900, TTY: (800) 497-4648 para informarse sobre estos beneficios.

Usted también debería llamar a este número si tiene alguna pregunta sobre los programas MassHealth Buy-In. La mayoría de los afiliados de **Medicare** que tienen MassHealth o los programas Buy-In, pueden obtener asistencia con los costos de medicamentos con receta por medio de Medicare. Para obtener más información, llame a Medicare al (800) 633-4227, TTY: (877) 486-2048, o visite www.medicare.gov.

El programa **Prescription Advantage** ofrece asistencia con los costos de medicamentos con receta. Para informarse más sobre estos beneficios, llame a la línea gratuita de la Oficina Ejecutiva para asuntos relacionados con las personas de la tercera edad (EOEA) al (800) 243-4636, TTY: (877) 610-0241.



Solicitud para los Programas de Ahorros de Medicare (Buy-In)

para personas que son elegibles para recibir Medicare

¿Quién puede usar esta solicitud?

Las personas de cualquier edad que reciban Medicare y que solo buscan asistencia para pagar sus primas de Medicare y compartir los costos.

Si usted desea solicitar otros beneficios de MassHealth, así como asistencia con los costos de Medicare, llame para pedir otra solicitud al Servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900, TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla.

Por favor, escriba claramente en letra de imprenta y complete todas las secciones.

Información general

¿Quién solicita beneficios? usted usted y su cónyuge

Si usted y su cónyuge viven juntos, también debe darnos información sobre su cónyuge, inclusive si él o ella no está solicitando beneficios.

Usted Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2.º nombre _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal (si es diferente de la anterior) desamparado sin hogar
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento / / Género M F Teléfono () _____

Idioma hablado preferido _____ Idioma escrito preferido _____

Número de Seguro Social _____ Número de reclamo de Medicare _____

Su cónyuge Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2.º nombre _____

Fecha de nacimiento / / Género M F Teléfono () _____

Idioma hablado preferido _____ Idioma escrito preferido _____

Número de Seguro Social _____ Número de reclamo de Medicare _____

Ingresos

Complete esta sección para usted y su cónyuge. Indique los ingresos mensuales brutos (antes de descontar impuestos y deducciones, tales como la prima de Medicare Parte B).

Fuente de ingresos	Ingresos mensuales brutos antes de descontar impuestos y deducciones.	
Seguro Social	Suyo \$ _____	De su cónyuge \$ _____
Pensiones	Suyas \$ _____	De su cónyuge \$ _____
Beneficios federales para veteranos	Suyos \$ _____	De su cónyuge \$ _____
Anualidades o fideicomisos	Suyos \$ _____	De su cónyuge \$ _____
Dividendos y/o intereses	Suyos \$ _____	De su cónyuge \$ _____
Ingresos de un empleo (antes de descontar deducciones)	Suyos \$ _____	De su cónyuge \$ _____
Ingresos de alquiler (después de descontar gastos)	Suyos \$ _____	De su cónyuge \$ _____
Otros (por favor especifique) _____	Suyos \$ _____	De su cónyuge \$ _____

Bienes

Fuente	Suyas \$ _____ De su cónyuge \$ _____ Suyas y de su cónyuge \$ _____
Cuentas de ahorros	Suyas \$ _____ De su cónyuge \$ _____ Suyas y de su cónyuge \$ _____
Cuentas corrientes	Suyas \$ _____ De su cónyuge \$ _____ Suyas y de su cónyuge \$ _____
Segundo automóvil (no se considera el primer auto)	Suyo \$ _____ De su cónyuge \$ _____ Suyo y de su cónyuge \$ _____
Certificados de depósito	Suyos \$ _____ De su cónyuge \$ _____ Suyos y de su cónyuge \$ _____
Acciones	Suyas \$ _____ De su cónyuge \$ _____ Suyas y de su cónyuge \$ _____
Bonos	Suyos \$ _____ De su cónyuge \$ _____ Suyos y de su cónyuge \$ _____
Fondos mutuos de inversión	Suyos \$ _____ De su cónyuge \$ _____ Suyos y de su cónyuge \$ _____
Otros (por favor especifique)	Suyos \$ _____ De su cónyuge \$ _____ Suyos y de su cónyuge \$ _____
Bienes totales	Suyos \$ _____ De su cónyuge \$ _____ Suyos y de su cónyuge \$ _____

Firma

Por favor lea atentamente lo siguiente. Luego firme y escriba la fecha al pie de esta página. Tanto usted como su cónyuge deben firmar si su cónyuge vive con usted.

Yo autorizo a MassHealth a obtener todos los registros o datos para comprobar toda la información dada en esta solicitud. Entiendo que debo informar a MassHealth de cualquier cambio que haya en la información que di en esta solicitud. Además, yo certifico bajo pena de perjurio que la información en la presente solicitud es correcta y está completa a mi leal saber y entender.

Si usted actúa en nombre de alguien al completar esta solicitud, también debe completarse el *Formulario de designación de representante autorizado* adjunto y debe enviarse junto con la presente solicitud. Su firma en esta solicitud como un representante autorizado certifica que la información dada en la presente solicitud es correcta y está completa a su leal saber y entender.

Si cree que la decisión de MassHealth acerca de que si usted es elegible es incorrecta, usted tiene el derecho de apelar. Si a usted se le denegaran beneficios, recibirá información sobre cómo apelar.

X _____
Firma del solicitante o del representante autorizado Nombre en letra de imprenta Fecha

X _____
Firma del cónyuge del solicitante o del representante autorizado Nombre en letra de imprenta Fecha

MassHealth obtendrá de las compañías aseguradoras de salud actuales y pasadas de las personas elegibles toda la información sobre la cobertura del seguro de salud de dichas personas. Esto incluye, entre otros, información sobre pólizas, primas, coseguros, deducibles y servicios cubiertos que están, podrían estar o deberían haber estado disponibles para dichas personas o miembros de su hogar.

MassHealth podría obtener registros o datos sobre las personas nombradas en la presente solicitud de programas y fuentes de datos federales y estatales, tales como la Administración del Seguro Social (SSA), el Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Departamento de Seguridad Nacional (DHS), el Departamento de Hacienda (DOR) y el Registro de Vehículos Motorizados (RMV), como así también de fuentes de datos privadas incluidas las instituciones financieras, 1) para comprobar toda la información dada en la presente solicitud y en todos los suplementos, o toda la información dada desde que la persona se afiliara, 2) para documentar servicios médicos reclamados o provistos a dichas personas, y 3) para sustentar la continuidad de la elegibilidad.

En este paquete se adjunta información sobre cómo inscribirse para votar.

Una vez que usted haya completado y firmado este formulario, envíelo a:

MassHealth Enrollment Center

P.O. Box 290794

Charlestown, MA 02129-0214

o

por fax al: (857) 323-8300

Formulario de designación del representante autorizado



Usted puede presentar este formulario si desea designar un representante autorizado para que actúe en su nombre. Si un representante autorizado firmó su solicitud por usted, o si usted es un representante autorizado que solicita en nombre de alguna otra persona, usted **DEBE** presentar este formulario para que se procese la solicitud.

Usted no necesita completar este formulario si vive en una institución y desea que le envíen copias de avisos de elegibilidad a usted y a su cónyuge, quien todavía vive en su casa. Haremos esto automáticamente.

Nota: Un representante autorizado tiene la autoridad de actuar en nombre de un solicitante o de un afiliado en todos los asuntos relacionados con MassHealth y el Health Connector, y recibirá información personal sobre el solicitante o el afiliado hasta que recibamos un aviso de cancelación que finalice la autoridad del representante, o hasta el fallecimiento del solicitante o del afiliado. La autoridad del representante no terminará automáticamente una vez que procesemos su solicitud.

Usted puede elegir a alguien para que lo ayude.

Usted podría elegir a un representante autorizado para que lo ayude a obtener cobertura de atención de salud a través de los programas ofrecidos por MassHealth y el Health Connector. Usted puede hacer esto completando este formulario (el Formulario de designación del representante autorizado). Usted o un representante puede firmar en su nombre y en nombre de cualquiera de sus hijos dependientes menores de 18 años de edad y para quienes usted sea un padre o una madre con custodia. **No es necesario que usted tenga un representante para solicitar o recibir beneficios.**

¿Quién me puede ayudar?

1. Un representante autorizado puede ser un amigo, familiar, pariente u otra persona u organización de su preferencia que acepte ayudarlo. La elección de un representante autorizado, si así lo desea, depende solo de usted. Ni MassHealth ni el Health Connector elegirán un representante autorizado en su nombre. Usted debe designar por escrito a la persona u organización que usted desea que sea su representante autorizado (complete la Sección I, Parte A). Su representante autorizado también debe completar la Sección I, Parte B. A veces nos referimos a esta persona u organización como el "Representante autorizado según la Sección I".
2. Si usted no puede designar un representante autorizado por escrito y usted no tiene actualmente un representante autorizado ni otra persona que esté autorizada legalmente a actuar en su nombre, una persona (no una organización), quien certifique que él o ella será responsable de actuar en su nombre, puede ser su representante autorizado si dicha persona completa la Sección II de este formulario. A veces nos referimos a esta persona como el "Representante autorizado según la Sección II".
3. Un representante autorizado también puede ser alguien quien ha sido nombrado por ley para actuar en su nombre, o en nombre de la sucesión de un solicitante o un afiliado que haya fallecido. Esta persona debe completar la Sección III y, ya sea usted o esta persona, debe enviarnos, junto con este formulario, una copia del documento legal pertinente que indique que dicha persona tiene la autoridad para representarlo legalmente a usted o a la sucesión de un solicitante o un afiliado fallecido. A veces nos referimos a esta persona como el "Representante autorizado según la Sección III".
4. Un representante autorizado según la **Sección III** puede ser un tutor legal, apoderado legal, titular de un poder legal o apoderado para atención de salud, o, si el solicitante o el afiliado ha fallecido, el representante administrativo o albacea de la sucesión.

¿Qué puede hacer un representante autorizado?

Un representante autorizado según la **Sección I** o la **Sección II** puede

- completar sus formularios de solicitud o de renovación;
- completar otros formularios de elegibilidad o de inscripción de MassHealth o del Health Connector;
- dar pruebas de la información indicada en dichos formularios;
- informar sobre cambios en los ingresos, dirección u otras circunstancias;
- recibir copias de todos los avisos de su elegibilidad e inscripción de MassHealth y el Health Connector; y
- actuar en su nombre en todos los demás asuntos relacionados con MassHealth y el Health Connector.

Lo que un representante autorizado según la **Sección III** está autorizado a hacer en su nombre (o en nombre de la sucesión de un solicitante o un afiliado fallecido) dependerá de lo establecido en el nombramiento legal.

Por favor observe: Los avisos de elegibilidad pueden incluir información acerca de otros miembros del hogar de un solicitante o de miembros del hogar de un afiliado. Si hay numerosas personas en su hogar, es posible que no podamos enviarles copias de algunos de sus avisos a su representante autorizado a menos que cada miembro de su hogar también haya designado al mismo representante autorizado completando cada uno por separado un Formulario de designación de representante autorizado.

SECCIÓN 1 Designación del representante autorizado (si el solicitante o el afiliado puede firmar)

Parte A: a ser completada por el solicitante o el afiliado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.

Por favor observe: Se requiere su Número de Seguro Social (SSN) si se le ha emitido uno.

Nombre del solicitante/afiliado	SSN (si lo tiene) _____ - _____ - _____
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Correo electrónico del solicitante/afiliado
Certifico que he elegido a la siguiente persona u organización para que sea mi representante autorizado y el de cualquier niño dependiente menor de 18 años de edad de quien yo sea el padre o la madre con custodia, y que comprendo los deberes y responsabilidades que esta persona u organización tendrá (como se explicó anteriormente en este formulario).	
Firma del solicitante/afiliado	Fecha
Nombre del representante autorizado	Teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)	

Parte B: a ser completada por el representante autorizado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.

B1. COMPLETE SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNA PERSONA.

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, con los niños dependientes de dicho solicitante o afiliado.

Si también soy proveedor, miembro del personal o un voluntario afiliado a una organización, y estoy actuando en mi capacidad de proveedor, miembro del personal o voluntario en relación con mi designación como representante autorizado, certifico que cumpliré en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, incluyendo aquellos estipulados en 42 CFR parte 431, subparte F, 42 CFR § 447.10 y 45 CFR § 155.260(f).

Firma del representante autorizado	Fecha
Nombre del representante autorizado en letra de imprenta	Correo electrónico del representante autorizado

B2. COMPLETE SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNA ORGANIZACIÓN.

Certifico, en nombre de la organización indicada a continuación, que dicha organización mantendrá en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, con los niños dependientes de dicho solicitante o afiliado.

Yo, el proveedor, miembro del personal o voluntario de la organización que se indica a continuación, que completa este formulario, certifico en mi nombre y en nombre de la organización que represento, que todos los proveedores, miembros del personal o voluntarios que actúen en nombre de la organización con referencia a esta designación de representante autorizado, cumplirán en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, incluyendo aquellos estipulados en 42 CFR parte 431, subparte F, 42 CFR § 447.10 y 45 CFR § 155.260(f).

Firma del proveedor, miembro del personal o voluntario que completa el formulario	Fecha
Nombre en letra de imprenta del proveedor, miembro del personal o voluntario que completa el formulario	
Correo electrónico del proveedor, miembro del personal o voluntario que completa el formulario	Nombre de la organización del representante autorizado

SECCIÓN 2 Designación de representante autorizado (si el solicitante o el afiliado no puede proporcionar una designación por escrito)

A ser completada por el representante autorizado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma. Por favor proporcione un formulario por separado para cada solicitante o afiliado.

UNA ORGANIZACIÓN NO ES ELEGIBLE PARA SER UN REPRESENTANTE AUTORIZADO SEGÚN ESTA SECCIÓN.

Certifico que el solicitante o el afiliado indicado a continuación no puede proporcionar la designación por escrito y que, a mi leal saber y entender, de ninguna manera dispone de una persona que pueda actuar en su nombre, tal como un actual representante autorizado, tutor legal, apoderado legal, representante administrativo o albacea de la sucesión, titular de un poder legal o al amparo de un apoderado para atención de salud. Además, certifico que tengo pleno conocimiento de las circunstancias relacionadas a este solicitante o afiliado para asumir la responsabilidad por la veracidad de las declaraciones efectuadas en su nombre durante el proceso de determinación de elegibilidad y en otras comunicaciones con MassHealth o el Health Connector, y que entiendo mis derechos y responsabilidades como representante autorizado de esta persona (como se explicó previamente en este formulario). Si esta persona puede entender, le he informado a esta persona que MassHealth y el Health Connector me enviarán una copia de todos los avisos de elegibilidad e inscripción de MassHealth y del Health Connector, y que esta persona está de acuerdo con esto, y le he informado a esta persona que me puede remover o reemplazarme como representante autorizado en cualquier momento por los métodos descritos anteriormente en este formulario.

Certifico además que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado a continuación.

Si también soy proveedor, miembro del personal o un voluntario afiliado a una organización, y estoy actuando en mi capacidad de proveedor, miembro del personal o voluntario en relación con mi designación como representante autorizado, certifico además que cumpliré en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, incluyendo aquellos estipulados en 42 CFR parte 431, subparte F, 42 CFR § 477.10 y 45 CFR § 155.260(f).

Por favor observe que se requiere el Número de Seguro Social (SSN) del solicitante o el afiliado, si se ha emitido.

Nombre del solicitante/afiliado

Fecha de nacimiento del solicitante/afiliado (mm/dd/aaaa)

SSN del solicitante/afiliado

Firma del representante autorizado

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del representante autorizado (nombre, inicial, apellido)

Teléfono del representante autorizado

Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)

Correo electrónico del representante autorizado

Si el representante autorizado según la Sección II está afiliado a una organización, y está actuando en dicha capacidad, una persona autorizada a actuar en nombre de la organización, tal como un funcionario, debe firmar a continuación para indicar que dicha organización reconoce y está de acuerdo con las representaciones y garantías efectuadas anteriormente.

Nombre del funcionario

Título del funcionario

Firma del funcionario

Fecha (mm/dd/aaaa)

SECCIÓN 3 Designación del representante autorizado (si es nombrado por ley)

A ser completada por un representante autorizado nombrado por ley (con autoridad para actuar en nombre del solicitante o del afiliado para tomar decisiones relacionadas con la atención de salud, incluyendo, pero sin limitarse, un tutor legal, apoderado legal, representante administrativo o albacea de la sucesión de un solicitante o un afiliado, titular de un poder legal o al amparo de un apoderado para atención de salud.) Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.

Por favor presente una copia del documento legal pertinente junto con este formulario.

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado a continuación.

Por favor observe que se requiere el Número de Seguro Social (SSN) del solicitante o el afiliado, si se ha emitido.

Nombre del solicitante/afiliado

Fecha de nacimiento del solicitante/afiliado (mm/dd/aaaa)

SSN del solicitante/afiliado

Firma del representante autorizado

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del representante autorizado (nombre, inicial, apellido)

Teléfono del representante autorizado

Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)

Correo electrónico del representante autorizado

¿Cómo finaliza la designación de un representante autorizado?

Si usted decide que ya no desea tener un representante autorizado según la **Sección I** o la **Sección II**, tiene que notificarnos por correo postal, fax o teléfono en el momento que usted desee finalizar la designación. Consulte la información de contacto a continuación. Si usted nos envía el aviso por correo postal o fax, el aviso debe incluir su nombre, dirección y fecha de nacimiento, el nombre de su representante autorizado, una declaración de que la designación ha finalizado y su firma o, si no puede dar un aviso por escrito, la firma de alguien que actúe en su nombre (solo en el caso de que sea un representante autorizado según la **Sección II**).

Además, si su representante autorizado nos notifica que dicha persona u organización ya no actúa en su nombre, ya no reconoceremos a dicha persona u organización como su representante autorizado.

La autoridad de un representante autorizado según la **Sección I** o la **Sección II** finalizará al momento de fallecer un solicitante o un afiliado.

La designación de un representante autorizado según la **Sección III** termina cuando finalice su nombramiento legal. El representante autorizado nos debe notificar tal como se explicó anteriormente.

Además, la designación de un representante autorizado para un niño menor de edad finaliza el día en que dicho niño cumpla 18 años de edad.

¿Cómo puedo presentar este formulario?

Si usted está solicitando beneficios de salud, envíenos su Formulario de designación del representante autorizado completado junto con su solicitud.

Si ya recibe beneficios, usted debe presentar el formulario en el momento en que desee designar a un representante autorizado o en que desee que finalice la designación declarada, de una de estas maneras

- Envíe su formulario por correo postal a
Health Insurance Processing Center
P. O. Box 4405
Taunton, MA 02780;
- Envíe su formulario por fax al **1-857-323-8300**; o
- Llámenos al **1-800-841-2900** (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

¿Desea usted compartir su información personal con el Departamento de Asistencia Transicional (DTA) para iniciar una solicitud de beneficios de SNAP?

Si contestó “SÍ”, por favor complete y firme la solicitud de SNAP. Al firmar esta solicitud, usted declara que ha leído los derechos, las responsabilidades y las sanciones del programa SNAP y que los acepta.

Si contestó “NO”, deténgase aquí. No complete el resto de esta solicitud para recibir beneficios de SNAP.

IMPORTANTE:

El DTA procesará esta solicitud de SNAP a partir de la fecha en que el DTA la reciba. De ser elegible, sus beneficios de SNAP serán retroactivos a la fecha indicada en esta solicitud. Si actualmente está viviendo en un centro de convalecencia u otro centro de atención a largo plazo, usted no es elegible para recibir beneficios de SNAP.

Es posible que sea elegible para recibir beneficios SNAP de emergencia, dentro de los 7 días de que el DTA haya recibido esta solicitud, si:

- la suma de sus ingresos y la cantidad de dinero que tenga en el banco es menor que sus gastos mensuales de vivienda, o si
- sus ingresos mensuales son menores de \$150 y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que \$100, o si
- usted es trabajador migrante y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que \$100.

Comuníquese inmediatamente con el DTA si necesita recibir beneficios SNAP de emergencia. Para obtener más información, visite mass.gov/SNAP.

1. Nombre, segundo nombre y apellido(s)	
2. Fecha de nacimiento	3. Género
4. Número de Seguro Social (SSN)	Los no ciudadanos que no soliciten beneficios de SNAP no tienen que dar el SSN.
5. Dirección: Calle, ciudad, estado, código postal, número de departamento o unidad	
6. <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si está desamparado sin hogar. Debe dar una dirección postal.	
7. Dirección postal: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es igual a la Dirección.	
8. Número de teléfono	9. Dirección de correo electrónico
10. Raza o etnicidad Se reúne esta información para asegurarnos de que todos sean tratados con imparcialidad. Su respuesta es voluntaria, y no afectará su elegibilidad o la cantidad del beneficio que reciba. Etnicidad: Hispano o latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Raza: (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	
Firma	Nombre en letra de imprenta
.....	Fecha

AVISO DE DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y SANCIONES (POR FAVOR LEA ATENTAMENTE)

Certifico que he leído, o me han leído, la información de esta solicitud. Mis respuestas a las preguntas en esta solicitud son verdaderas y completas a mi mejor saber y entender. También certifico que la información que proporcione al Departamento durante la entrevista de solicitud y en el futuro también será verdadera y completa a mi mejor saber y entender. Entiendo que dar información falsa o engañosa es fraude. También entiendo que alterar o retener datos para establecer elegibilidad para SNAP es fraude. Esto lleva a una Violación Intencional del Programa (IPV) y se la castiga con sanciones civiles y criminales.

Entiendo que el Departamento de Asistencia Transicional (DTA) administra SNAP. Además, entiendo que el DTA tiene 30 días desde la fecha indicada en la solicitud para procesar mi solicitud. Más aún, entiendo que:

- La Ley de Alimentos y Nutrición del 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) permite que el DTA use mi Número de Seguro Social (SSN) y el SSN de cada miembro del hogar para quien presente la solicitud. El DTA usa esta información para determinar la elegibilidad de mi hogar para SNAP. El DTA verifica esta información por medio de programas informáticos de comparación de datos. Entiendo que el DTA los usa para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa.

- La mayor parte del tiempo, los hogares que sigan las reglas de Informe Simplificado de SNAP deben informar al DTA sobre cambios en el Informe Provisional (IR) y la recertificación con excepción cuando:
 - Los ingresos de mi hogar superen el umbral de ingresos brutos
 - Yo cumpla con los requisitos de trabajo de adultos sanos sin dependientes a cargo (ABAWD) y mis horas de trabajo disminuyeran por debajo de 20 horas por semana
 - Mi hogar estuviera compuesto solamente por personas mayores o por adultos discapacitados, y si un miembro del hogar empezara a recibir ingresos salariales o si cambiara la composición del hogar
- Si yo estoy sujeto a los requisitos del Informe Simplificado de SNAP y hay un cambio que tengo que notificar según estos requisitos, debo informar sobre el cambio antes del 10.º día después del final del mes calendario en el que ocurrió el cambio.
- Si el DTA recibe información verificada sobre mi hogar, la cantidad de mi beneficio podría cambiar.
- Si yo no estuviera sujeto a los requisitos del Informe Simplificado de SNAP o de la Alternativa de Beneficios Transicionales (TBA), debo informar al DTA sobre los cambios en mi hogar que puedan afectar nuestra elegibilidad. Entiendo que debo informar sobre estos cambios al DTA en persona, por escrito o por teléfono dentro de los 10 días de ocurrido el cambio. Por ejemplo, usted debe informar sobre cambios en los ingresos, tamaño o dirección de su hogar.
- Tengo derecho a hablar con un supervisor si el DTA no me considerara elegible para beneficios de emergencia de SNAP y yo estuviera en desacuerdo. Podría hablar con un supervisor si yo fuera elegible para beneficios de emergencia de SNAP pero no recibiera mis beneficios al séptimo día calendario después de haber presentado la solicitud para SNAP. Podría hablar con un supervisor si yo fuera elegible para beneficios de emergencia de SNAP pero no recibiera mi tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) al séptimo día calendario después de haber presentado la solicitud para SNAP.
- Podría recibir más beneficios de SNAP si yo informara y presentara verificación al DTA de:
 - costos para niños o de otros servicios de atención de dependientes, costos de albergue, y/o costos de servicios públicos
 - manutención infantil de obligación legal para un miembro que no esté en el hogar
- Si tuviera 60 años de edad o más o si estuviera discapacitado y pagara por costos médicos, puedo informar y presentar verificación de estos costos al DTA. Esto podría hacerme elegible para una deducción y aumentar mis beneficios de SNAP.
- A menos que cumplan con una exención, todos los beneficiarios de SNAP entre los 16 y 59 años de edad están registrados para trabajar y sujetos a los Requisitos Generales de Trabajo de SNAP. Los beneficiarios de SNAP entre los 18 y 49 años de edad también podrían estar sujetos a los requisitos del Programa de Trabajo de ABAWD. El DTA les informará a los miembros no exentos del hogar sobre los requisitos de trabajo. El DTA les informará a los miembros no exentos del hogar sobre las excepciones y sanciones por incumplimiento.
- La mayoría de los beneficiarios de SNAP pueden participar voluntariamente en servicios de capacitación para el empleo y educación por medio del programa Camino al Trabajo de SNAP. El DTA entregará remisiones para el programa Camino al Trabajo de SNAP si correspondiera.
- El DTA también podría compartir los nombres e información de contacto de los beneficiarios de SNAP con los proveedores de Camino al Trabajo de SNAP para propósitos de contratación. Entiendo que es posible que los especialistas de Camino al Trabajo de SNAP del DTA o los proveedores contratados para explorar las opciones de participación en Camino al Trabajo de SNAP se comuniquen con los miembros de mi hogar. Para obtener más información sobre el programa Camino al Trabajo de SNAP, visite www.snappathtowork.org.

Entiendo que la información que entregue con mi solicitud estará sujeta a verificación para determinar si es verdadera. Si cualquier información fuera falsa, el DTA podría negarme mis beneficios de SNAP. También yo podría estar sujeto a juicio por proporcionar información falsa.

Entiendo que al firmar esta solicitud autorizo al DTA a verificar e investigar la información que yo brinde relacionada con mi elegibilidad para beneficios de SNAP, incluida la autorización para:

- Obtener documentos para comprobar la información en esta solicitud de otras agencias estatales y federales, autoridades locales de vivienda, departamentos de bienestar fuera del estado, instituciones financieras y de Equifax Workforce Solutions. También autorizo a estas agencias para que le den información sobre mi hogar al DTA respecto a mis beneficios de SNAP.
- Comunicarse con terceros en mi nombre para verificar la información relacionada con la elegibilidad. Esto incluye, entre otros, a empleadores, propietarios y compañías de servicios públicos.
- Si correspondiera, verificar mi estado inmigratorio por medio de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS). Entiendo que el DTA podría verificar la información de mi solicitud para SNAP con USCIS. Cualquier información recibida de USCIS podría afectar la elegibilidad de mi hogar y la cantidad de los beneficios de SNAP.
- Compartir información sobre mí y mis dependientes menores de 19 años con el Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE). El DESE certificará a mis dependientes para programas escolares de desayuno y almuerzo.
- Compartir información sobre mí, mis dependientes menores de 5 años y cualquier persona embarazada en mi hogar con el Departamento de Salud Pública (DPH). El DPH remite a estas personas para servicios de nutrición al Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC).
- Compartir información, junto con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) de Massachusetts, sobre mi elegibilidad para beneficios de SNAP con compañías de electricidad, gas y proveedores de teléfono y cable elegibles para certificar mi elegibilidad para recibir descuentos en las tarifas de servicios públicos.

- Compartir mi información con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD) con el fin de inscribirme en el programa de Calefacción y Alimentación.
- Compartir información acerca de mí y mis dependientes con el Departamento de Hacienda (DOR) con el fin de verificar mi elegibilidad para créditos fiscales basado en los ingresos según lo dispuesto por el DOR, incluidos los Ingresos salariales y los Límites de ingresos y con el fin de determinar si soy elegible para el estado de penuria o de “No Tax Status” (sin posición ante el impuesto).

El DTA podría negar, suspender o disminuir mis beneficios basado en la información de Equifax Workforce Solutions. Tengo derecho a una copia gratuita de mi informe de Equifax si lo solicitara dentro de los 60 días de la decisión del DTA. Tengo derecho a cuestionar la precisión o integridad de la información en mi informe. Podría comunicarme con Equifax a: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (línea gratuita).

Entiendo que obtendré una copia del folleto “Su derecho a saber” y del folleto del Programa de SNAP. Leeré o me leerán los folletos, y deberé entender su contenido y mis derechos y responsabilidades. Si tuviera preguntas sobre los folletos o cualquier parte de esta información, me comunicaré con el DTA. Si tuviera dificultad para leer o entender cualquier parte de esta información, me comunicaré con el DTA. Puede comunicarse con el DTA al: 1-877-382-2363.

Entiendo que el DTA debe ofrecerme una copia de la solicitud completada que incluya la información que el DTA haya usado o que usará para determinar la elegibilidad de mi hogar y la asignación de beneficios. Además, entiendo que tengo la opción de pedir una copia de la solicitud completada en un formato electrónico.

Juro que todos los miembros de mi hogar SNAP que solicitan beneficios de SNAP son ciudadanos de EE. UU. o no ciudadanos con residencia legal.

ADVERTENCIA DE SANCIÓN DE SNAP

Entiendo que, si yo o cualquier miembro de mi hogar SNAP intencionalmente no cumpliera alguna de las reglas indicadas a continuación, esa persona no será elegible para SNAP durante un año después de la primera infracción, dos años después de la segunda infracción y para siempre después de la tercera infracción. Esa persona también puede ser multada hasta con \$250,000, ir a prisión hasta por 20 años o ambas. También puede estar sujeta a juicio como resultado de otras leyes federales y estatales aplicables. Estas reglas son:

- No proporcionar información falsa u ocultar información para obtener beneficios de SNAP.
- No intercambiar o vender beneficios de SNAP.
- No alterar las tarjetas EBT para obtener beneficios de SNAP para los cuales usted no es elegible.
- No usar los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No usar los beneficios de SNAP o la tarjeta EBT de otra persona, a menos que sea un Representante autorizado.

También entiendo las siguientes sanciones:

- Las personas que cometan una Infracción Intencional del Programa (IPV) de efectivo no serán elegibles para SNAP durante el mismo período en que la persona no sea elegible para la asistencia con efectivo.
- Las personas que hagan una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener múltiples beneficios de SNAP en el mismo período no serán elegibles para SNAP durante diez años.
- Las personas que intercambien (compre o vendan) beneficios de SNAP por drogas ilegales o sustancias controladas, no serán elegibles para SNAP durante dos años para la primera falta y para siempre para la segunda falta.
- Las personas que intercambien (compre o vendan) beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, no serán elegibles para SNAP para siempre.
- El estado podría enjuiciar por una IPV a una persona que haga una oferta para vender beneficios de SNAP o una tarjeta EBT en línea o en persona.
- Las personas que escapen para evitar el juicio, detención o reclusión después de la convicción por un delito, o que estén violando la libertad bajo palabra, no son elegibles para SNAP.
- Las personas que hayan sido condenadas por delitos graves después del 7 de febrero del 2014 no son elegibles para recibir los beneficios de SNAP si no cumplen con los términos de su sentencia y fueron condenadas como adultos de los delitos de:
 - (1) Abuso sexual agravado según la sección 2241 del título 18, U.S.C.;
 - (2) Homicidio según la sección 1111 del título 18, U.S.C.;
 - (3) Cualquier delito según el capítulo 110 del título 18, U.S.C.;
 - (4) Un delito federal o estatal que implique una agresión sexual, según se lo defina en la sección 40002(a) de la Ley de Violencia contra las Mujeres (VAWA) de 1994 (42 U.S.C. 13925a); o
 - (5) Un delito que, según las leyes estatales, el Fiscal General determine que sea considerablemente similar a un delito descrito en las cláusulas (1), (2) o (3).
- No se permite pagar por alimentos comprados a crédito, y esto pudiera resultar en la descalificación de SNAP.
- Las personas no pueden comprar productos con beneficios de SNAP con la intención de descartar el contenido y devolver los envases por efectivo.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen o administren programas de USDA discriminar debido a raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, ideologías políticas, represalia o venganza por actividades de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o patrocinado por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (p. ej., braille, letras grandes, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron la solicitud para beneficios. Las personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. La información sobre el programa también puede ponerse a disposición en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación ante el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su carta o formulario completado al USDA por:

(1) correo postal: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

DERECHO A UN INTÉRPRETE

Entiendo que tengo derecho a un intérprete proporcionado por el DTA si ningún adulto en mi hogar SNAP pudiera hablar o entender inglés. También entiendo que puedo obtener un intérprete para cualquier audiencia imparcial del DTA o llevar a un intérprete por mi cuenta. Si necesitara 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 INSCRIBIRSE PARA VOTAR

Entiendo que tengo derecho a inscribirme para votar en el DTA. Entiendo que el DTA me ayudará a completar el Formulario de Inscripción de Votante si deseara ayuda. Tengo derecho a completar el Formulario de Inscripción de Votante en privado. Entiendo que solicitar o rechazar la inscripción para votar no afectará la cantidad de beneficios que obtenga del DTA.