# Renovación de la ayuda con los costos de Medicare

# Programas de Ahorros de Medicare (MSP)

**Esta solicitud de renovación es para verificar que usted todavía es elegible para recibir asistencia con el pago de las primas de Medicare Parte B, las primas de Medicare Parte A, o para los copagos o deducibles de la Parte A o B.**

**Su cobertura dependerá de sus ingresos y los de su cónyuge (si estuviera casado).**

**Si usted todavía es elegible para recibir un Programa de Ahorros de Medicare (MSP), también será inscrito para recibir Medicare Parte D: *Extra Help* (Ayuda adicional). Extra Help podría ayudarle con los costos de sus medicamentos con receta.**

Usted puede usar este formulario de renovación para solicitar los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). SNAP es un programa federal que le brinda asistencia para comprar alimentos cada mes. Si le interesa, marque la casilla en la página 1 de la solicitud, lea los derechos y responsabilidades de SNAP en las páginas 3 a 6, y firme en la página 2 (de ser necesario). Luego, su solicitud será enviada automáticamente al Departamento de Asistencia Transicional (DTA). Usted no tiene que solicitar los beneficios del Programa SNAP para ser considerado para recibir el Programa de Ahorros de Medicare.

# ¿Cuántos bienes puedo tener?

No hay topes de bienes para los Programas de Ahorros de Medicare de Massachusetts.

# ¿Cuántos ingresos puedo tener?

Los topes de ingresos cambian todos los años el 1 de marzo.

Es posible que MassHealth descuente determinadas deducciones de sus ingresos brutos cuando calcule sus ingresos considerados contables. Estas deducciones se describen en el reglamento desde 130 CMR 520.012 hasta 520.014.

Puede encontrar información más actualizada sobre los topes de ingresos en www.mass.gov/info-details/program-financial-guidelines-for-certain-masshealth-applicants-and-members.

## Proceso de renovación

Después de que presente su solicitud de renovación, MassHealth le enviará un aviso si sus beneficios actuales cambian o si necesitamos más información. Si usted cree que la decisión es incorrecta, tiene el derecho de apelar. Encontrará la información sobre cómo apelar 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 tramitado 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 solicitado un SSN, si usted o si alguno de los miembros de su hogar:

* tengan una exención religiosa según lo descrito en las leyes federales;
* sean elegibles solamente para obtener un SSN que no sea de trabajo; o
* no sean elegibles para obtener un SSN.

Usamos su SSN para verificar la información que usted nos haya dado. También lo usamos para detectar casos de fraude, para verificar 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 algunas 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 de Medicare y Medicaid (CMS)
* Registro de Vehículos Motorizados (RMV)
* Departamento de Hacienda (DOR)
* Departamento de Asistencia Transicional (DTA)
* Departamento de Accidentes Industriales (DIA)
* Departamento de Asistencia al Desempleado
* División de Recursos Humanos del Departamento de Servicios para Veteranos (DVS)
* Agencia de Investigaciones Especiales (BSI)
* Secretaría de Registros Vitales y Estadísticas del Departamento de Salud Pública
* bancos
* otras instituciones financieras

También podrían compararse los archivos con los datos de agencias de servicios sociales en este u otros estados, y también con los 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 renuevo mi elegibilidad para solicitar los Programas de Ahorros de Medicare?

1. Para renovar su elegibilidad para recibir los Programas de Ahorros de Medicare, complete la solicitud de renovación adjunta. También incluya información sobre su cónyuge, si vive con usted.

2. Firme la solicitud completada y

**Preséntela en línea en:**

[mhesubmission.ehs.mass.gov/esb](http://mhesubmission.ehs.mass.gov/esb)   
(complete y cargue su solicitud usando su número de referencia de presentaciones electrónicas e-Submission)

**Envíela a:**

MassHealth Enrollment Center  
PO Box 4405   
Taunton, MA 02780-0968

**Por fax al: (857) 323-8300**

**Entregándola en persona en:**

MassHealth Enrollment Center   
The Schrafft Center  
529 Main St., Suite 1M  
Charlestown, MA 02120

**O use uno de nuestros buzones en los Centros de Inscripción de MassHealth (MEC) en Charlestown, Quincy, Taunton, Tewksbury o Springfield.**

3. Cuando recibamos su solicitud de renovación, la revisaremos. Si necesitamos más información, le escribiremos o le llamaremos. Una vez que obtengamos la información necesaria, decidiremos si usted sigue siendo elegible. También decidiremos si su cónyuge es elegible, si también está solicitando cobertura.

4. Junto con su solicitud, adjuntamos un formulario de inscripción de votante. Usted no tiene que inscribirse para votar para obtener un Programa de Ahorros de Medicare.

5. Si usted desea que alguien actúe en su nombre como su representante autorizado, infórmenos usando el *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD) adjunto.

Por favor tenga en cuenta que esta solicitud es solamente para los Programas de Ahorros de Medicare. Si usted desea solicitar todos los programas de MassHealth (incluida la asistencia con el pago de los costos de Medicare) usando una sola solicitud, comuníquese con MassHealth para pedir una solicitud completa al (800) 841-2900, o al TDD/TTY 711 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla, o descargue la solicitud adecuada en [www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member](http://www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member).

# 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 divulgar su información personal a su representante autorizado, su Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes (CAC) o a su Navegador, si lo tiene. Autorícenos completando un *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD), 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 que divulguemos su información personal, consulte el *Formulario de autorización para divulgar información* (PSI) y el formulario 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 mediante los programas ofrecidos por MassHealth. Usted también puede realizar esto completando un Formulario de ARD. Un representante autorizado puede completar sus formularios de solicitud o de revisión de elegibilidad; brindar comprobantes de la información indicada en los formularios; informar sobre cambios en sus ingresos, dirección postal 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 en el Formulario de ARD a la persona u organización que usted desea que sea su representante autorizado. 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 ARD. Si esta persona ha sido nombrada por ley para representarlo, 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; 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 en nuestro sitio web en [www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members](http://www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members).

* formulario de Aviso de prácticas de privacidad de MassHealth
* *Formulario de autorización para divulgar información* (PSI)
* *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD)

Usted también puede llamarnos al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, 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 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 notificarnos sobre los cambios llamando al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

# Otros beneficios

MassHealth puede pagar directamente por los servicios médicos y también podría pagar sus copagos y deducibles de Medicare, si usted fuera elegible. Es posible que usted pueda obtener estos beneficios si sus ingresos y bienes son inferiores a determinadas cantidades o si usted tiene una discapacidad y es menor de 65 años de edad. Llámenos al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, para informarse sobre estos beneficios.

Usted también puede llamar a este número si tiene preguntas sobre los Programas de Ahorros de Medicare (MSP).

La mayoría de los afiliados que tienen Medicare y MassHealth o Medicare y un Programa de Ahorros de Medicare pueden obtener asistencia para cubrir los costos de los medicamentos con receta mediante Medicare. Para obtener más información, llame a Medicare al (800) 633‑4227, TDD/TTY: (877) 486‑2048, o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

El Programa Prescription Advantage ofrece ayuda 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, TDD/TTY: (877) 610‑0241.

MHBI-R-ES-0324

MassHealth  
Commonwealth of Massachusetts  
EOHHS  
[www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth)

# Solicitud de renovación de los Programas de Ahorros de Medicare (MSP)

para las personas que son elegibles para recibir Medicare

## MHBI-R-ES-0324

## ¿Quién puede usar esta solicitud de renovación?

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

Si usted desea solicitar otros beneficios de MassHealth, o asistencia para cubrir los costos de Medicare, o para pedir una solicitud diferente, puede llamar al Servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla. O también puede descargar la solicitud adecuada en [www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member](http://www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member).

## SNAP

SNAP es un programa federal que le brinda asistencia para comprar alimentos saludables cada mes.

□ Marque esta casilla si quiere que se envíe esta solicitud al Departamento de Asistencia Transicional (DTA) para usarla como una solicitud de beneficios de SNAP. Usted debe leer los derechos y las responsabilidades de las páginas 3 a 6 y firmar en la página 2 para continuar con la solicitud.

## 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

Número de teléfono

Idioma hablado preferido

Idioma escrito preferido

SSN

Número de reclamo de Medicare

## Su cónyuge

Apellido

Nombre

Inicial del 2.o nombre

Fecha de nacimiento

Género M F

Número de teléfono

Idioma hablado preferido

Idioma escrito preferido

SSN

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: Seguro Social   
Ingresos mensuales brutos antes de descontar impuestos y deducciones Suyos $ De su cónyuge $

Fuente de ingresos: Pensiones   
Ingresos mensuales brutos antes de descontar impuestos y deducciones Suyos $ De su cónyuge $

Fuente de ingresos: Beneficios federales para veteranos   
Ingresos mensuales brutos antes de descontar impuestos y deducciones Suyos $ De su cónyuge $

Fuente de ingresos: Anualidades o fideicomisos   
Ingresos mensuales brutos antes de descontar impuestos y deducciones Suyos $ De su cónyuge $

Fuente de ingresos: Dividendos y/o intereses   
Ingresos mensuales brutos antes de descontar impuestos y deducciones Suyos $ De su cónyuge $

Fuente de ingresos: Ingresos de un empleo (antes de descontar deducciones) Suyos $ De su cónyuge $

Fuente de ingresos: Ingresos de alquiler (después de descontar gastos)   
Ingresos mensuales brutos antes de descontar impuestos y deducciones Suyos $ De su cónyuge $

Fuente de ingresos: Otros (por favor especifique)   
Ingresos mensuales brutos antes de descontar impuestos y deducciones Suyos $ De su cónyuge $

## Firme esta solicitud.

Firma del solicitante o del representante autorizado Fecha

Firma del cónyuge o del representante autorizado   
Fecha

Tanto usted como su cónyuge deben firmar si su cónyuge vive con usted.

Al firmar, usted acepta y entiende lo siguiente:

Al firmar esta solicitud, certifico que he leído y que acepto los derechos y responsabilidades incluidos en la presente solicitud en las páginas 3 a 6.

Por la presente certifico bajo pena de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he brindado en esta solicitud son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y que estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y responsabilidades del Programa de Ahorros de Medicare (MSP).

Si yo he marcado la casilla de SNAP en la página 1 de esta solicitud, también solicito los beneficios de SNAP. Certifico que entiendo y que acepto los derechos, los requisitos y las sanciones de SNAP, según lo detallado a continuación. Le pido a MassHealth que envíe mi información, incluida la información de salud protegida (PHI) conforme a la *Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro médico* (HIPAA), al Departamento de Asistencia Transicional (DTA) con el propósito de solicitar los beneficios de SNAP.

### Importante: Solamente para los solicitantes del Programa de Ahorros de Medicare (MSP)

Si usted presenta esta solicitud como representante autorizado, también debe presentar un Formulario de designación del representante autorizado (ARD) o tener un formulario en nuestros archivos para que podamos procesar esta solicitud. El Formulario de ARD está al final de esta solicitud.

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

Usted no tiene que inscribirse para votar para obtener un Programa de Ahorros de Medicare.

## Para los solicitantes del Programa de Ahorros de Medicare (MSP)

Usted autoriza a MassHealth a obtener todos los registros o datos para comprobar toda la información dada en esta solicitud. Usted entiende que debe informar a MassHealth de cualquier cambio que haya en la información que dio en esta solicitud. Además, usted certifica bajo pena de perjurio que la información en la presente solicitud es correcta y está completa a su leal saber y entender.

## Importante: Solamente para los solicitantes del Programa de Ahorros de Medicare (MSP)

Si usted actúa en nombre de alguien al completar esta solicitud, debe completar el Formulario de ARD adjunto y debe enviarlo junto con esta 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 usted cree que la decisión de MassHealth acerca de su elegibilidad es incorrecta, tiene el derecho de apelar. Si a usted se le denegaran beneficios, recibirá información sobre cómo apelar.

MassHealth obtendrá de las compañías aseguradoras de salud actuales y pasadas que usted tenga toda la información sobre la cobertura del seguro de salud de usted y de su cónyuge. Esto incluye, entre otros, la información sobre pólizas, primas, coseguros, deducibles y beneficios cubiertos que están, podrían estar o deberían haber estado disponibles para usted y su cónyuge.

MassHealth podría obtener registros o datos, sobre usted y su cónyuge nombrados en esta 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 como las instituciones financieras: 1) para comprobar toda la información indicada en esta solicitud y en todos los suplementos, o cualquier otra información provista desde que usted y su cónyuge se afiliaran; 2) para documentar servicios médicos reclamados o provistos a usted o su cónyuge; y 3) para sustentar la continuidad de la elegibilidad.

## Para los solicitantes del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

### Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Si usted marcó la casilla de la página **1**, MassHealth enviará esta solicitud al Departamento de Asistencia Transicional (DTA). **¡Se usará como su solicitud de beneficios de SNAP!** Si usted es elegible, su beneficio de SNAP comenzará desde la fecha en que el DTA reciba esta solicitud de MassHealth. Al firmar a continuación, usted declara que ha leído y que acepta los Derechos, Responsabilidades y Sanciones del programa de SNAP, según el programa.

Es posible que usted sea elegible para recibir beneficios de SNAP, dentro de los 7 días en 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

• Sus ingresos mensuales son menores de $150 y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que $100; o

• Es trabajador migrante y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que $100.

Para obtener más información sobre SNAP en Massachusetts, visite [www.mass.gov/SNAP](http://www.mass.gov/SNAP).

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

Este aviso indica la lista de los derechos y las responsabilidades para todos los programas del DTA. Usted debe cumplir con los requisitos de los programas que solicite.

Por favor lea atentamente estas páginas y guárdelas para su archivo.

Informe al DTA si tiene alguna pregunta.

**Yo juro bajo pena de perjurio que:**

* He leído la información en este formulario, o que alguien me la ha leído.
* Mis respuestas a las preguntas en este formulario son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.
* Proporcionaré al DTA información que es verdadera y completa a mi leal saber y entender durante la entrevista y en el futuro.

**Yo entiendo que:**

* dar información falsa o engañosa es fraude,
* alterar o retener datos para recibir beneficios del DTA es fraude,
* se considera que una Violación Intencional del Programa (IPV) es fraude, y
* si el DTA cree que yo he cometido fraude, entonces el DTA puede presentar sanciones civiles y penales en mi contra.

**Además, entiendo que:**

* El DTA verificará la información que yo brinde en mi solicitud. Si alguna información fuera falsa, el DTA podría negarme mis beneficios.
* Yo también podría estar sujeto a procesamiento penal por proporcionar información falsa.
* Si el DTA obtiene de una fuente confiable información sobre un cambio en mi hogar, podría cambiar la cantidad de mi beneficio.
* Al firmar este formulario, autorizo al DTA a verificar mi elegibilidad para recibir beneficios, incluido:
  + Obtener información de otras agencias estatales y federales, de autoridades locales de vivienda, de departamentos de bienestar de otros estados, de instituciones financieras y de Equifax Workforce Solutions (número del empleo). También autorizo a estas agencias para que compartan con el DTA la información sobre la elegibilidad de mi hogar para recibir beneficios.
  + Si el DTA utiliza la información proveniente de Equifax sobre los ingresos salariales de mi hogar, tengo derecho a recibir una copia gratuita de mi informe de Equifax si yo lo solicitara dentro de los 60 días de la decisión del DTA. Tengo derecho a cuestionar la información en dicho informe. Podría comunicarme con Equifax a: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (línea gratuita).
* Tengo derecho a recibir una copia de mi solicitud, incluida la información que el DTA utilice para decidir respecto a la elegibilidad de mi hogar y la cantidad del beneficio. Puedo pedir al DTA una copia electrónica de mi solicitud completada.

### ¿Cómo utilizará el DTA mi información?

Al firmar a continuación, autorizo al DTA a obtener y compartir información sobre mí y los miembros de mi hogar con:

* Bancos, escuelas, agencias gubernamentales, empleadores, propietarios de viviendas de alquiler, compañías de servicios públicos y otras agencias para verificar que yo sea elegible para recibir beneficios.
* Compañías de electricidad, gas y telefonía para que pueda obtener descuentos en los servicios. Las compañías no pueden compartir ni usar mi información para ningún otro propósito.
* El Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD) para inscribirme en el Programa de Calefacción y Alimentación. Este programa ayuda a las personas a recibir la mayor cantidad posible de beneficios de SNAP.
* El Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE) para que mis hijos puedan recibir comidas escolares gratuitas.
* El Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) para que todos los niños menores de 5 años o las mujeres embarazadas de mi hogar puedan recibir WIC.
* Los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) para verificar mi estado inmigratorio. Cualquier información proveniente de USCIS podría afectar la elegibilidad de mi hogar y la cantidad de los beneficios del DTA.

Nota: Aunque usted no sea elegible para recibir beneficios debido al estado inmigratorio, el DTA no lo reportará a las autoridades de inmigración a menos que usted le muestre al DTA una orden final de deportación.

* El Departamento de Hacienda (DOR) para verificar mi elegibilidad para recibir créditos fiscales basados en los ingresos, tales como los Ingresos salariales y los Límites de ingresos, y para determinar si soy elegible para el estado de “*No Tax Status*” (sin situación ante el impuesto) o de "dificultades económicas" (*hardship*).
* El Departamento de Niños y Familias (DCF) para coordinar los servicios que son ofrecidos de manera conjunta por el DTA y DCF.

### ¿Cómo utiliza el DTA los Números de Seguro Social (SSN)?

La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) autoriza al DTA a pedir los SSN para SNAP y según lo estipulado en M.G.L. c. 18 Sección 33 para TAFDC y EAEDC. El DTA utiliza los SSN para:

* Verificar la identidad y la elegibilidad de cada miembro del hogar para los cuales yo solicite beneficios por medio de programas de comparación de datos.
* Supervisar la conformidad con los requisitos del programa.
* Recaudar dinero si el DTA afirma que recibí beneficios para los cuales yo no era elegible.
* Ayudar a las agencias de cumplimiento de la ley a detener a los prófugos de la justicia.

Entiendo que no tengo que darle al DTA el SSN de ninguna persona de mi hogar que no sea ciudadano, incluido yo mismo, quien no desee recibir beneficios. Los ingresos de una persona que no sea ciudadano podrían ser considerados, aunque dicha persona no reciba beneficios.

### Derecho a un intérprete

Yo entiendo que:

* Tengo derecho a recibir servicios gratuitos de un intérprete profesional provisto por el DTA si yo prefiriera comunicarme en otro idioma que no fuera el inglés.
* Si tengo una audiencia ante el DTA, puedo pedirle al DTA que me brinde los servicios gratuitos de un intérprete profesional, o si yo así lo prefiriera, llevar conmigo a alguien que interprete para mí. Si yo necesitara que el DTA me brinde 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

Yo entiendo que:

* Tengo derecho a inscribirme para votar por medio del DTA.
* El DTA me ayudará a completar el Formulario de Inscripción de Votante si deseara ayuda.
* Puedo completar el Formulario de Inscripción de Votante en privado.
* Solicitar o rechazar la inscripción para votar no afectará mis beneficios del DTA.

### Oportunidades de empleo

Consiento en que el DTA comparta mi nombre y la información de contacto con los proveedores de empleo y capacitación, entre ellos:

* Proveedores del programa Camino al Trabajo de SNAP o especialistas del DTA para los clientes de SNAP; y
* Proveedores contratados del programa de Empleo y Capacitación o coordinadores de compromiso pleno para los clientes de TAFDC.

Los clientes de SNAP pueden participar voluntariamente en servicios de capacitación para empleo y educación por medio del programa Camino al Trabajo de SNAP.

### Estado de ciudadanía

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

### Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Yo entiendo que:

* El DTA administra el programa de SNAP en Massachusetts.
* Cuando presento una solicitud ante el DTA (por teléfono, en línea, en persona o por correo electrónico o fax), el DTA tiene 30 días, desde la fecha en que recibió mi solicitud, para decidir si soy elegible.
  + Si fuera elegible para recibir los beneficios SNAP acelerados (de emergencia), el DTA debe darme SNAP y asegurarse de yo tenga una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) dentro de los 7 días de la fecha en que recibió mi solicitud.
  + Tengo el derecho de hablar con un supervisor del DTA si:

El DTA indica que no soy elegible para recibir los beneficios SNAP de emergencia, y no estoy de acuerdo.

Yo fuera elegible para recibir los beneficios SNAP de emergencia, pero no recibiera mis beneficios al 7.o día calendario después de haber solicitado SNAP.

Yo fuera elegible para recibir los beneficios SNAP de emergencia, pero no recibiera mi tarjeta de EBT al 7.o día calendario después de haber solicitado SNAP.

* Cuando reciba SNAP, deberé cumplir con determinados requisitos. Cuando me aprueben para recibir SNAP, el DTA me dará una copia del folleto “Su derecho a saber” y del folleto del Programa de SNAP. Yo leeré los folletos o le pediré a alguien que me los lea. Si tuviera preguntas o si necesitara ayuda para leer o comprender esta información, puedo llamar al DTA al 1‑877‑382‑2363.
* Informar al DTA de cambios en mi hogar:
  + Si perteneciera a un hogar con el requisito de Informe Simplificado de SNAP, no deberé notificar la mayoría de los cambios al DTA hasta que venza el Informe Provisorio o la Recertificación. Las únicas cosas que debo notificar cuanto antes son:

Si los ingresos de mi hogar superaran el umbral de ingresos brutos (indicado en mi Notificación de aprobación). Yo debo informar esto antes del 10.o día del mes posterior al mes en que mis ingresos superaron dicho umbral.

Si yo debiera cumplir con los Requisitos de Trabajo del programa Adultos Sanos sin Personas a Cargo (ABAWD) y mis horas de trabajo disminuyeran por debajo de las 20 horas por semana.

* + Si alguien en mi hogar fuera mayor de 60 años, discapacitado o menor de 18 años de edad, y nadie tuviera ganancias de un trabajo, las únicas cosas que yo debiera notificar son:

Si alguien empieza a trabajar, o

Si alguien se agregara a mi hogar o lo dejara.

Yo debo informar de estos cambios antes del 10.o día del mes posterior al mes en que ocurrió un cambio.

* + Si recibiera SNAP por medio de la Alternativa de Beneficios Transicionales (TBA) debido a que se suspendieron mis beneficios del TAFDC, yo no debo informar de ningún cambio al DTA durante los 5 meses en que reciba TBA.

Si yo recibiera SNAP por medio de Bay State CAP, yo no debo informar sobre ningún cambio al DTA.

Si yo o alguien en mi hogar recibiera asistencia en efectivo (TAFDC o EAEDC), debo informar sobre determinados cambios al DTA dentro de los 10 días de ocurrido el cambio.

Es posible que yo reciba más beneficios de SNAP si notifico al DTA y brindo comprobantes de lo siguiente, en cualquier momento:

* Costos de servicios de atención para niños u otros dependientes, costos de albergue, y/o costos de servicios públicos;
* Manutención infantil que yo (o algún miembro de mi hogar) deba pagar según sentencia judicial a un miembro que no esté en el hogar; y
* Costos médicos para los miembros de mi hogar, incluyéndome, que sean mayores de 60 años o discapacitados.

**Requisitos de Trabajo para los clientes de SNAP:** Si usted recibe beneficios de SNAP y tiene entre 16 y 59 años, es posible que deba cumplir con los requisitos generales de trabajo de SNAP o con los requisitos de trabajo de ABAWD a menos que usted esté exento. El DTA nos informará a mí y a los miembros de mi hogar si debemos cumplir con los Requisitos de Trabajo, cuáles son las exenciones y qué sucederá si no cumplimos con los requisitos.

Si está sujeto a los Requisitos de Trabajo de SNAP, usted debe:

* Inscribirse para trabajar al momento de la solicitud y cuando se recertifique para recibir SNAP. Usted se inscribe cuando firma el formulario de solicitud o de recertificación de SNAP.
* Dar al DTA información sobre su estado de empleo cuando se lo pida el DTA.
* Presentarse ante un empleador si fue referido por el DTA.
* Aceptar un ofrecimiento de trabajo (a menos que usted tenga un motivo justificado para no hacerlo).
* No renunciar a un empleo de más de 30 horas semanales sin un motivo justificado.
* Reducir sus horas de trabajo a menos de 30 horas semanales sin un motivo justificado.

### Requisitos de SNAP

* No proporcione información falsa ni oculte información para obtener beneficios de SNAP.
* No intercambie ni venda beneficios de SNAP.
* No altere las tarjetas de EBT para obtener beneficios de SNAP para los cuales usted no sea elegible.
* No use los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
* No use los beneficios de SNAP o la tarjeta de EBT de otra persona, a menos que sea un Representante autorizado, o que el beneficiario lo haya autorizado para que use dicha tarjeta en su nombre.

### Advertencia de sanciones de SNAP

Entiendo que, si yo o cualquier miembro de mi hogar de SNAP intencionalmente no cumpliera alguna de las reglas indicadas anteriormente, esa persona no será elegible para recibir 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 según las leyes federales y estatales aplicables.

También entiendo las siguientes sanciones: Si yo o un miembro de mi hogar de SNAP:

* Cometiera una **Infracción Intencional del Programa (IPV)** del programa en efectivo, la persona no será elegible para recibir SNAP durante el mismo período en que no sea elegible para la asistencia en efectivo.
* Hiciera una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener múltiples beneficios de SNAP *en el mismo período*, la persona no será elegible para recibir SNAP durante ***diez años***.
* Intercambiara (compre o venda) beneficios de SNAP para obtener drogas ilegales o sustancias controladas, esa persona no será elegible para recibir SNAP durante ***dos años*** por la primera falta y ***para siempre*** por la segunda falta.
* Intercambiara (compre o venda) beneficios de SNAP para obtener armas de fuego, municiones o explosivos, no será elegible para recibir SNAP ***para siempre***.
* Hiciera una oferta para vender beneficios de SNAP o una tarjeta EBT en línea o en persona, el estado podría enjuiciarla por una IPV.
* Pagara alimentos comprados a crédito, no será elegible para recibir SNAP.
* Comprara productos con beneficios de SNAP con la intención de descartar el contenido y devolver los envases por efectivo, no será elegible para recibir SNAP.
* Escapara para evitar el juicio, detención o reclusión después de la convicción por un delito, no será elegibles para recibir SNAP.
* Estuviera violando la libertad condicional o bajo palabra (*parole*), en el caso que las fuerzas policiales le estén buscando activamente para su arresto, no será elegible para recibir SNAP.

Las personas que hayan sido condenadas por delitos graves después del 7 de febrero de 2014 no son elegibles para recibir los beneficios de SNAP si son prófugos o están violando la libertad bajo palabra (*parole*), según lo establecido en 7 CFR §273.11(n), 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 esta lista.

### Declaración de no discriminación

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y las normas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que esta institución discrimine debido a raza, color, nacionalidad de origen, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, ideología política, represalia o venganza por haber participado en actividades en defensa de los derechos civiles.

Puede tener acceso a la información sobre el programa en otros idiomas además del inglés. 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 o ASL) 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.

Para presentar una queja contra el programa por discriminación, un Denunciante deber completar el Formulario AD-3027, el *Formulario de Queja por Discriminación* del Programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el teléfono del denunciante, y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con los suficientes detalles para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) del carácter y la fecha de la presunta violación a los derechos civiles. Debe presentarse la carta o el formulario AD-3027 completado por:

1. **correo postal:**

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

1. **fax:**

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

1. **correo electrónico:**

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**