



SOLICITUD DE ACCESS FLORIDA

Antes de Comenzar

Usted está listo para empezar su solicitud. Aquí hay información importante para cuando presente una solicitud y lo que puede esperar.

Solicitando beneficios

Usted puede solicitar ayuda dándonos solamente su nombre, dirección y firmando su aplicación. Le animamos a que usted responda a tantas preguntas como usted pueda y firme su solicitud hoy. Esto nos permitirá ayudarlo con más rapidez. Si usted necesita ayuda para completar esta solicitud o necesita servicios de intérprete, podrían haber Socios de la Comunidad en su área que le pueden ayudar. Visite nuestro sitio www.myflorida.com/accessflorida o contacte nuestro centro de llamadas de asistencia al cliente al 1-866-762-2237 para más información. Usted puede presentar una solicitud más rápida en línea entrando al www.myflorida.com/accessflorida.

Procesando Su Solicitud

El procesamiento comienza con la fecha en que recibimos su solicitud firmada. Podría tomar entre 7 a 30 días para procesar su solicitud para asistencia alimentaria. Grupos de familias acelerados pueden recibir beneficios de asistencia alimentaria en menos de siete días. Sus respuestas en la solicitud determinarán si su grupo familiar cumple con los criterios de asistencia alimentaria acelerada. Grupos familiares acelerados deben tener: 1. Un ingreso mensual bruto menos de \$150 y activos líquidos menos de \$150; 2. Un ingreso bruto mensual en adición a activos líquidos de menor valor que el alquiler o hipoteca del grupo familiar más los costos de servicios públicos; o 3. **Ser un trabajador inmigrante indigente o un trabajador agrícola temporal con activos líquidos menos de \$100.** Las solicitudes para Asistencia Médica y Asistencia Temporal en efectivo podrían tomar entre 30 a 45 días y las solicitudes para Asistencia Médica podrían durar más tiempo si necesitamos determinar si alguien es un discapacitado. Usted podría revisar el estatus de su solicitud visitando el sitio web de ACCESS Florida al <http://www.myflorida.com/accessflorida> y haciendo clic en el enlace de "My ACCESS Account" (*Mi Cuenta ACCESS*).

Una Solicitud para Asistencia puede ser entregada a cualquier oficina del Departamento de Niños y Familias y Servicios de Autosuficiencia Económica en el Estado de Florida por usted o por alguien actuando en su nombre, en persona, por correo, facsimile (FAX) o electrónicamente por internet. Las solicitudes recibidas durante horas hábiles regulares serán consideradas como recibidas el mismo día. Cuando una solicitud es recibida después de las horas hábiles, la solicitud será considerada como recibida el próximo día hábil siguiendo su recibimiento. Los beneficios de asistencia alimentaria empiezan desde la fecha de la solicitud si la solicitud reúne todos los requisitos de elegibilidad, completa la entrevista y suministra toda la información de elegibilidad necesaria antes del 30° día después de la fecha de la solicitud. El grupo familiar tiene el derecho a presentar una solicitud el mismo día en que se pone en contacto con DCF, en una oficina, por teléfono, fax en persona, o electrónicamente. Los solicitantes no tienen que completar la entrevista antes de presentar la solicitud. El recibimiento de asistencia alimentaria no afecta el plazo de otros programas. Para un individuo solicitando asistencia alimentaria y SSI a la misma vez, la fecha de plazo es la fecha de salida de la institución o la fecha actual de recibimiento si es presentada después de la salida. La colección de información en la solicitud, incluyendo el SSN (número de seguro de social) de cada miembro del grupo familiar, es autorizada bajo la Ley de Nutrición y alimentación del 2008 en su forma enmendada 7 U.S.C. 2011-2036. La información será utilizada para determinar si su grupo familiar es elegible o continúa siendo elegible para participar en asistencia alimentaria. Nosotros verificaremos esta información por medio de programas computarizados de comparación de datos. Esta información también será utilizada para monitorear el cumplimiento con regulaciones del programa y el manejo del programa. El grupo familiar no puede ser negado de beneficios de asistencia alimentaria solamente por ser negado de otros programas de beneficios.

Cabeza de Familia

El grupo familiar puede seleccionar un padre adulto de niños (de cualquier edad) viviendo con el grupo familiar, o un adulto que tiene control parental sobre los niños (menores de 18 años de edad) viviendo con el grupo familiar, como cabeza de familia siempre y cuando todo los miembros adultos del grupo familiar estén de acuerdo con la selección. Los grupos familiares pueden seleccionar la cabeza de familia, a cada repaso o cuando hay un cambio en la composición del grupo familiar. Si todos los miembros adultos no están de acuerdo con la selección o declinan seleccionar un padre adulto como cabeza de familia, la agencia estatal podría designar la cabeza de familia o permitirá que el grupo familiar haga otra selección. Si el grupo familiar no consiste de padres adultos y niños o adultos que tienen control parental de niños viviendo con el grupo familiar, la agencia estatal designará una cabeza de familia o permitirá que el grupo familiar lo haga.

Número de Seguro Social

Nosotros podríamos considerar a miembros del grupo familiar que son inelegibles o que no están solicitando beneficios, como no-solicitantes. Los no-solicitantes, o personas solicitando solamente para Asistencia Médica de Emergencias para Extranjeros, Asistencia en Efectivo para Refugiados, o Asistencia Médica para Refugiados, NO necesitan proporcionar un Número de Seguro Social (SSN). Si usted no es elegible para un SSN por su estatus migratorio, usted podría ser elegible para un SSN no laboral. Si usted necesita un SSN, nosotros le podríamos ayudar a solicitarlo. No solicitantes NO necesitan proporcionar comprobantes de estatus migratorio. No ciudadanos que están solicitando beneficios tendrán que presentar estatus migratorio verificado con los Servicios de Ciudadanía y Migración de los Estados Unidos (USCIS). Nosotros no le diremos al USCIS sobre su estatus migratorio de las personas viviendo con su grupo familiar que no están solicitando beneficios.

Información Importante para Inmigrantes

La solicitud para o el recibimiento de beneficios de Asistencia Alimentaria (SNAP) o Asistencia Médica no afectará el estatus migratorio suyo o de los miembros de su grupo familiar o la habilidad de obtener una condición de residente permanente (*tarjeta verde o green card*). El recibimiento de Asistencia Temporal en Efectivo o cuidado institucional de largo término, como beneficios de centro de cuidado, podría crear problemas en obtener ese estatus, especialmente si los beneficios son los únicos ingresos de su familia.

Fraude de Asistencia Pública / Aviso de Penalizaciones

Si lo hayan culpable (por una corte estatal o federal, o una audiencia administrativa de descalificación, o firma una exención de audiencia) de hacer declaraciones falsas o engañosas intencionalmente, ocultando o encubriendo hechos para recibir o con el intento de recibir asistencia alimentaria o Asistencia Temporal en efectivo (TCA) o de cometer algún acto que viola la Ley de Nutrición y Alimentación el 2008, regulaciones de asistencia alimentaria o cualquier estatuto estatal con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir o poseer beneficios de asistencia alimentaria, usted será descalificado. Usted será inelegible para asistencia alimentaria o TCA por 12 meses por la primera violación, 24 meses para la segunda violación y permanente después de la tercera violación. Si usted es condenado de tráfico de beneficio de asistencia alimentaria de \$500 o más, usted será descalificado permanentemente. El tráfico de asistencia alimentaria incluye:

1. La compra, venta, robo, o intercambio de beneficios por dinero en efectivo;
2. El intercambio de armas de fuego, municiones, explosivos, o drogas ilegales por beneficios;
3. La compra de sodas, agua, u otros artículos en un contenedor para obtener un depósito de dinero;
4. La compra de un artículo con asistencia alimentaria y la venta a propósito del artículo para dinero en efectivo; y
5. El intercambio de dinero por artículos pagados con los beneficios de asistencia alimentaria.

Si usted es condenado de estos actos, dependiendo en la severidad, usted podría ser multado hasta \$250,000, encarcelado hasta por 20 años, o ambos. Usted también podría ser sujeto a enjuiciamiento bajo las leyes Federales y Estatales aplicables. Se le podría prohibir recibir asistencia alimentaria por uno 18 meses adicionales si la corte lo ordena. Si usted es condenado por una corte estatal o federal de hacer declaraciones fraudulentas respecto a la identidad o residencia para recibir asistencia alimentaria o TCA en más de un estado a la misma vez, usted podría ser inelegible para participar en el Programa de Asistencia alimentaria o TCA por un período de 10 años.

Si usted está huyendo para evitar persecución, custodia o confinamiento después de la convicción por un crimen o un intento de cometer un crimen, que es un delito grave o está en violación de probación o palabra impuesta bajo ley federal o estatal, usted es inelegible por asistencia alimentaria y Asistencia Temporal en efectivo. Esta información podría ser divulgada a otras agencias federales y estatales para examen oficial y a autoridades policiales con el propósito de aprehender a las personas huyendo para evadir la ley.

Si usted es declarado culpable de un delito grave por el tráfico de drogas después 8/22/96, o convicto por una corte federal, estatal o local por el intercambio de armas de fuego, municiones o explosivos por los beneficios de asistencia alimentaria, usted es inelegible por asistencia alimentaria. Si usted es condenado por el uso o recibimiento de beneficios de asistencia alimentaria en una transacción involucrando la venta de una sustancia controlada, usted será inelegible por 24 meses por la primera violación y permanentemente por la segunda violación. Los grupos familiares no deben usar beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no comestibles, para pagos de cuentas de crédito, pagos por alimentos comprados en una cuenta de crédito, utilizar o poseer la tarjeta Electrónica de Transferencia de Beneficios (EBT) de otros, permitir el uso no autorizado de la tarjeta de EBT por personas que no son miembros del grupo familiar, vender o cambiar las tarjetas de EBT, o usar la tarjeta de EBT de otra persona. Si un reclamo de asistencia alimentaria se presenta en contra de su grupo familiar, la información en esta solicitud, incluyendo todo los SSN, podría ser referido a las agencias Federales y Estatales, así como agencias de colección de reclamos privados para proceder a la acción de recolección de la deuda.

Sistema de Verificación de Ingresos e Inelegibilidad (IEVS)

Nosotros solicitamos información por medio de comparaciones computarizadas en IEVS y nos permite verificar la información si encontramos diferencias basadas en las respuestas que usted dio en su solicitud. Nosotros podemos usar la información encontrada en IEVS para afectar su elegibilidad y nivel para beneficios.

Requerimientos de Informe

Para todos los programas, se les anima a los grupos familiares que reporten cualquier cambio de dirección de vivienda y/o de envíos. Para programas excepto Asistencia Alimentaria (SNAP), el grupo familiar debe reportar cambios de quien vive en el domicilio, de empleo, e ingreso. Grupos familiares con asistencia alimentaria (SNAP) deben reportar cuando el ingreso mensual bruto total excede 130% del nivel federal de pobreza para el tamaño del grupo familiar y cuando las horas de trabajos de los adultos capacitados caen debajo de 20 horas por semana en un promedio mensual antes del 10 del mes después del mes del cambio. Los grupos familiares recibiendo Medicaid o Asistencia Temporal en efectivo deben reportar cambios en 10 días.

Solicitando una Audiencia Imparcial

Usted tiene el derecho a pedir una audiencia ante un funcionario de audiencias estatal. Usted puede traer consigo o ser representado por un abogado, pariente, amigo, o cualquier persona de su elección. Si usted desea una audiencia, usted debe solicitarla por escrito, llamando al Centro de Llamadas de asistencia al cliente, o en persona en la oficina antes de 90 días de la fecha de envío de su aviso de acción de caso. Si usted solicita una audiencia el último día del mes antes de la fecha efectiva de acción adversa, sus beneficios podrían continuar al nivel anterior hasta la decisión de la audiencia. Usted será responsable por repagar cualquier beneficio continuado si la decisión de la audiencia no está en su favor. Si usted necesita más información sobre como recibir consejería legal gratis, puede llamar al número gratuito Centro de Llamadas de Asistencia al cliente al 1-866-762-2237 para un listado de agencias legales gratis en su área.

Solicitudes de Asistencia Médica

Use esta solicitud para ver cuales opciones para cobertura usted califica, como el seguro gratis o a bajo costo de Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP), planes de seguro médico privados asequibles que ofrecen cobertura exhaustiva para ayudarlo a mantenerse saludable, y un nuevo crédito de impuestos que pueden inmediatamente ayudar a pagar sus primas para cobertura de primas. Para completar una solicitud, usted podría necesitar números de seguro social, números de documentos para inmigrantes legales, empleados e información de ingresos para todas las personas en su número de pólizas de su familia para seguro de salud actual e información de seguro de salud relacionado al trabajo. Por favor envíe copias no originales.

Lo Que Pasa Después

Entregue su solicitud firmada a cualquier oficina del Departamento de Niños y Familias y de Servicios de Autonomía Económica o envíe su solicitud a ACCESS Central Mail Center, P.O. Box 1770, Ocala, FL 34478-1770. Usted podría enviar su solicitud por fax a un centro de Servicios al Cliente en su área. Encuentre un número local de fax al <http://www.myflfamilies.com/service-programs/access-florida-food-medical-assistance-cash/locate-service-center-your-area>.



SOLICITUD DE ACCESS FLORIDA

Quiero presentar una solicitud para: Asistencia Alimentaria En efectivo Cuidador por Pariente Médico Hospicio OSS/Suplementación Estatal Opcional Exención de Medicaid/Servicios De Cuidado y Provistos por la Comunidad Centro de

Cuidados – Dirección de vivienda antes de entrar en el Centro de Cuidados:

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre: (Cabeza de Familia – vea la sección “Antes de Comenzar”)

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Dirección de Domicilio: (Deje en blanco si usted no tiene uno.)

Calle

No. de Apt.

Ciudad

Estado

Código Postal

País

Dirección donde recibe correo: (si es diferente de donde vive)

Calle/P. O. Box

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono de domicilio o mensaje:

Número de teléfono del trabajo:

Número de teléfono mobil:

Correo electrónico:

¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? Sí NO

¿Tiene usted una razón que le impide llegar a la oficina para una entrevista?

Enfermedad Transporte Trabajo o Capacitación Vivo en área rural Cuidado de un enfermo o miembro del grupo familiar discapacitado Otro (explique): _____

¿Cuál es su idioma hablado o escrito preferido (si no es inglés)? _____

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Yo entiendo que la información que proporciono con esta solicitud, entrevista o al solicitar otros beneficios, incluye comparación de información computarizada con otras agencias, es sujeta a verificación por DCF y otras agencias Federales y Estatales incluyendo la División de Fraude de Asistencia Pública (DPAF). Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente: DCF, DPAF, y la Agencias Federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en este formulario, entrevista o al solicitar otros beneficios. La información puede ser obtenida de mis empleadores pasados o presente. Mi firma autoriza la divulgación de tal información a DCF y/o DPAF. Como condición de participación en Medicaid, doy consentimiento a la revisión y divulgación de todos los expedientes médicos considerado necesarios por Medicaid bajo sus poderes de auditoría e investigación. Si alguna información es incorrecta, los beneficios podrían ser reducidos o negados y yo podría ser sujeto a enjuiciamiento penal o descalificación del programa por proporcionar información incorrecta o falsa u ocultar información a sabiendas. He leído mis Derechos y Responsabilidades. Yo certifico bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verdadera según mi mejor conocimiento, incluyendo el estatus de ciudadano o no ciudadano de aquellos que están solicitando beneficios. Por este medio reconozco el recibimiento de Florida DCF CFOP 60-17, Capítulo 1, Anexo 3, Póliza de Manejo y Protección de Información Personal de Salud.

FIRMAS

Firma del miembro del grupo familiar adulto / Fecha firmada

Firma del testigo si es firmado con un "X"

**Representante Autorizado/Designado
– Letra imprenta**

Nombre

Dirección

Teléfono

Firma del Representante Autorizado/Designado

FOR OFFICE USE ONLY

Community Access Site Participant Name/Phone Number:

Date Stamp:

ASISTENCIA ALIMENTARIA ACELERADA: Grupos familiares elegibles podrían recibir beneficios en 7 días.

| | |
|---|---|
| ¿Es el ingreso bruto de su grupo familiar menos de \$150? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Usted paga para la calefacción o enfriamiento de su hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Son sus activos líquidos totales (como dinero en efectivo, cuentas bancarias, etc.) menos de \$100? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Cuánto es la cantidad mensual de su renta o hipoteca? \$ |
| ¿Es el ingreso bruto mensual de su grupo familiar más sus activos líquidos menos que su renta o hipoteca más servicios públicos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Se ha interrumpido recientemente todos los ingresos de su grupo familiar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que si, CUÁNDO? |
| Marque las facturas que usted paga: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Teléfono | ¿Hay alguien en su grupo familiar que es un trabajador inmigrante o agrícola de temporada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, QUIÉN? |

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: Si usted necesita espacio adicional en las siguientes secciones, por favor use páginas adicionales. Por favor provea la mayor información como pueda para ayudarnos a determinar su elegibilidad de manera rápida.

En la Sección A y B, haga un listado incluyéndose a si mismo de todas las personas viviendo en su hogar aún si usted no está presentando una solicitud por ellos. Si usted no está presentando una solicitud por un miembro, usted no tiene que proporcionar su SSN o estatus migratorio. Incluya su conyuge, los hijos menores de 21 que viven con usted, cualquier persona que usted incluye en su declaración de impuestos, aun cuando ellos no vivan con usted, y cualquier persona menor de 21 del cual usted es responsable y vive con usted. Si vive en un centro de cuidado o instituto, haga un listado incluyéndose a si mismo, su conyuge y dependientes.

ETNICIDAD (Información Voluntaria/Opcional): **A** = Hispano o Latino o, **B** = No Hispano o Latino

RAZA (Información Voluntaria/Opcional): Usted puede elegir uno o más números: **1** – Indio Norteamericano o Nativo de Alaska; **2** – Asiático o Isleño del Pacífico; **3** – Negro o Afro-americano, no de origen hispano; **4** – Blanco, no de origen hispano; **5** – Sureste Asiático; **6** – Otro; **7** – Desconocido. Esto no afectará la elegibilidad u otro nivel de beneficios. La razón que pedimos esta información es para asegurar que los beneficios del programa son distribuidos sin importar la raza, color u origen nacional.

SECCIÓN A – Enumere Todos Los Adultos Viviendo en su Dirección

| Nombre Legal del Adulto Primer, Segundo Nombre, Apellido | ¿Desea Solicitar? | Sexo | Número de Seguro Social (vea las instrucciones previas)) | Fecha y Lugar de Nacimiento* | Ciudadano de E.E.U.U. | Etnicidad (véase arriba) | Raza (véase arriba) | Estado Civil | Asiste a la escuela/ # horas / semana/ Último grado completado* | Compra y Come Alimentos con Uds. |
|--|---|---|--|------------------------------|--|---|---|--------------|--|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS # | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO # horas por semana: * Último grado completado: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Relación a usted | USTED | | | | | | | | | |
| 2. | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS # | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO # horas por semana: * Último grado completado: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Relación a usted | | | | | | | | | | |
| 3. | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS # | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO # horas por semana: * Último grado completado: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Relación a usted | | | | | | | | | | |
| 4. | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS # | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO # horas por semana: * Último grado completado: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Relación a usted | | | | | | | | | | |

SECCIÓN B – Enumere Todos los Niños Viviendo en su Dirección. Si alguna persona está embarazada, escriba “nonato” como el nombre y la fecha de parto como la fecha de nacimiento.

| Nombre Legal del Niño Primer, Segundo Nombre, Apellido | | ¿Desea Solicitar? | Sexo | Número de Seguro Social (vea las instruc- ciones previas) | Fecha y Lugar de Nacimiento* | Ciudadano de E.E.U.U. | Etnicidad (véase pág. 2) | Raza (véase pág. 2) | *Niño menor de 5 inmunizado | Asiste la Escuela/ Nombre de Escuela | *Fecha de Graduación | Compra y Come Alimentos Con Uds. |
|--|--|-----------------------------|----------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------------|---|----------------------------|---|
| 1. | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> F | | | <input type="checkbox"/> Sí | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí |
| Relación a usted | | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> M | | | USCIS # | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> No | Nombre de la escuela: | | <input type="checkbox"/> No |
| 2. | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> F | | | <input type="checkbox"/> Sí | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí |
| Relación a usted | | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> M | | | USCIS # | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> No | Nombre de la escuela: | | <input type="checkbox"/> No |
| 3. | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> F | | | <input type="checkbox"/> Sí | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí |
| Relación a usted | | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> M | | | USCIS # | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> No | Nombre de la escuela: | | <input type="checkbox"/> No |
| 4. | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> F | | | <input type="checkbox"/> Sí | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí |
| Relación a usted | | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> M | | | USCIS # | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> No | Nombre de la escuela: | | <input type="checkbox"/> No |

SECCIÓN C – INFORMACIÓN SOBRE PADRE AUSENTE: Suministre la siguiente información por cada niño en la sección B cuyo padre y/o madre no está en el hogar.

| | | Nombre, Dirección, Número Telefónico | Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social | Raza (véase pág 2) | Razón por la ausencia | ¿Padre legal del niño/a? |
|-----------|-------|--------------------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|--|
| Niño 1 | Madre | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| | Padre | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| Niño 2 | Madre | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| | Padre | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| Niño 3 | Madre | | | | | | <input type="checkbox"/> WI <input type="checkbox"/> NO |
| | Padre | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| Niño 4 | Madre | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| | Padre | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |

SECCIÓN E – ACTIVOS: Responda las siguientes preguntas sobre las personas indicadas en las Secciones A y B que están solicitando asistencia. Si usted necesita espacio adicional en las siguientes secciones, por favor use páginas adicionales.

¿Es alguna persona por la que presenta esta solicitud propietario de la totalidad o de una parte de activos, como: ***vehículos**, cuentas bancarias, cuentas exentas de impuestos, propiedades, Certificados de Depósito (CDs), dinero en efectivo, títulos hipotecarios, pagarés, ***préstamos**, ***IRAs**, ***401Ks**, bonos, ***anualidades**, acciones, bienes raíces, derechos vitalicios, fideicomisos, *** planes Keogh**, ***contratos con comunidades de cuidados continuos para jubilados o personas mayores**, contratos/parcelas en cementerios, gastos funerarios pagados por adelantado, títulos o certificados de ahorro, activos comerciales, sumas de dinero importantes recibidas en los últimos 3 meses, ***seguro de salud/atención a largo plazo/vida/automotor, organizaciones de administración de la salud (HMO), Medicare o suplementos de Medicare, etc?** ***Incluir activos/seguro de padres de hijos menores solicitantes si viven en la casa y activos/seguro de cónyuges de solicitantes si viven en la casa.** **SÍ** **NO**
Si la respuesta es sí, enumérelos a continuación:

***INFORMACIÓN MPORTANTE PARA TITULARES DE UNA ANUALIDAD:** De acuerdo con la Ley Pública 109-171, las personas (y los cónyuges) que soliciten o reciban beneficios en el marco del Programa de Asistencia Institucional de Medicaid (atención de centro de cuidados), Hospicio, exención de servicios de cuidado en el hogar o provisto por la comunidad o el programa de cobertura total de salud para ancianos deben enumerar todas las anualidad que les pertenecen. Ciertas anualidades compradas (y otras transacciones) hechas después de 11/01/2007, serán consideradas como una transferencia de un activo por menos que su valor razonable de mercado a menos que los nombres del Estado de Florida, Agencia para la Administración de cuidados médicos sea nombrado como el primer beneficiario residual (o segundo beneficiario residual después del conyuge comunitario o niño menor o discapacitado) por el monto total de fondos de Medicaid pagados en nombre del beneficiario de Medicaid.

*DCF debe determinar el valor de los activos de los solicitantes de Medicaid y beneficiarios mayores (65 o mayor), individuos ciegos o discapacitados. Los solicitantes y beneficiarios deben permitir a DCF que pida los registros financieros de cualquier banco, ahorros y préstamos, unión de créditos u otro instituto financiero completando un Formulario de Autorización de Información Financiera CF-ES 2613.

| Individuo | Tipo de Activo o Seguro | Vehículos Año, Marca, Modelo* | Monto Adeudada en Vehículo/Propiedad | Localidad del Activo/Banco de Seguro/ Nombre y Dirección de la Empresa | Nº de Cuenta o Nº de ID de Seguro | Monto o Valor |
|-----------|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | |
|--|--|
| ¿Están apartados algunos de los previos activos para cubrir gastos funerales? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | En el caso que sí, ¿cuál? ¿Monto? |
| ¿Ha cerrado alguna persona cuentas bancarias u otras inversiones, agregado alguien al título de un active, ha Regalado activos o propiedades, o activos liquidados mayor de \$3,000 para comprar otro activo o servicio en los últimos 3 meses (asistencia alimentaria) o 5 años (Medicaid)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | En el caso que sí, quién? |
| ¿Qué? | ¿Cuándo? |
| ¿Es propietario de algún activo en conjunto con una persona que no vive con usted? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Valor? |
| ¿En el caso que sí, quién? | ¿Cuándo? |
| ¿Qué? | ¿Valor? |

USTED PUEDE REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ

Si usted no está registrado para votar donde vive ahora, ¿desea registrarse para votar aquí hoy? Marque **SÍ** si desea inscribirse para votar o actualizar su información de registración de votante. Si usted marca **NO** o no marca una casilla, se considerará que usted ha decidido no registrarse para votar o actualizar su información de registración de votante. Marcando **SÍ**, **NO** o dejando la pregunta en blanco no afectará el recibimiento de beneficios. **SÍ** **NO**

AVISO DE DERECHOS

Ayuda: Si usted desea ayuda para llenar su solicitud de registración de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud de registración de votante en privado.

Beneficios: Si usted está presentando una solicitud para asistencia pública de esta agencia, solicitando para registrarse o rechazando la registración como votante, no afectará la cantidad de asistencia que se le otorgará por esta agencia.

Privacidad: Su decisión de no registrarse o actualizar su registro y la ubicación donde se registró o actualizó es confidencial y solamente puede ser utilizada con el propósito de registro electoral.

Reclamo Formal: Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho para registrarse o de rechazo a hacerlo, su derecho a la privacidad de la decisión de registrarse para votar o su derecho en elegir su propio partido político o preferencia política, usted puede presentar un reclamo formal ante: Florida Secretary of State, Division of Elections, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Formularios para presentar un reclamo están disponibles entrando a <http://election.dos.state.fl.us/nvra/index.shtml> o llamando 1-850-245-6200. Para quejas no relacionadas a la inscripción de votantes, por favor véase la "DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA-HHS" ("USDA-HHS NON-DISCRIMINATION STATEMENT") en la página 9. [Autoridad: Ley Nacional de Registro de Votante (42 U.S.C. 1973 gg); ss. 97.023, 97.058 & 97.0585, F.S.]

SECCIÓN F – INGRESO: Responda la siguientes preguntas sobre las personas indicadas en las Secciones A y B que están solicitando asistencia.

¿Recibe alguna persona por quién usted está solicitando algún tipo de ingreso, tal como: salarios, propinas, trabajo independiente, Seguro Social/Retiro de Ferrocarril o Discapacidad, SSI, otra discapacidad, ingreso de excombatiente (VA), pensión, Servicio Civil, desempleo, manutención de menores, pensión alimenticia, dividendos, interés, estipendio, dinero de otra persona, anualidad, alquiler, compensación laboral, bienes/ fideicomiso, asistencia pública, subvención, becas, préstamos estudiantiles, pagos de reparación, subsidio de formación, etc.? (Incluya el ingreso de padres viviendo en el hogar con niños menores solicitantes e ingresos de conyuges y dependientes viviendo en el hogar.) SÍ NO **En el caso que sí, enumérelas:**

| Individuo | Tipo de Ingreso | Nombre del Empleador o Fuente de Ingreso | Número de teléfono de empleado | Monto mensual antes de deducciones | Frecuencia de pago (semanal/ quincenal/ mensual) | Día de la semana en que recibe pago | Cant. de horas semanales de trabajo |
|-----------|-----------------|--|--------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

¿Se ha interrumpido el ingreso de alguna persona en el grupo familiar o sus horas laborales reducidos en los últimos 60 días o el año pasado? SÍ NO

¿En el caso que sí, quién? Cuándo? Fuente?

¿Hay alguien en su grupo familiar que recibirá ingreso adicional de otra fuente que se ha terminado? SÍ NO Monto bruto (antes de deducciones) recibidas solamente en este mes? \$

En el caso que sí, ¿quién? Cuándo? Fuente?

¿Hay alguien que tiene una solicitud pendiente para recibir beneficios de Seguro Social o Compensación por Desempleo? SÍ NO

En el caso que sí, ¿quién? Cuál Beneficio?

¿Se ha efectuado depósitos al Fideicomiso de renta o tipo Miller en los último 3 meses? SÍ NO A quién pertenece fideicomiso? Fecha(s) y Monto(s) de Deposito(s)?

Si es empleado independiente, ¿qué tipo de trabajo? Monto del ingreso neto mensual (ganancias después de pagar los gastos empresariales): \$

*¿Tiene planeado presentar una declaración de impuestos el AÑO QUE VIENE? SÍ NO **En el caso que sí, responda las siguientes preguntas:**

*¿Declarará junto con su conyuge? SÍ NO **En el caso que sí, ¿cuál es el nombre de su conyuge?**

*¿Declarará algún dependiente en su declaración de impuesto? SÍ NO **En el caso que sí, suministre el nombre de los dependientes:**

*¿Lo declarará otra persona como dependiente en su declaración de impuesto? SÍ NO **En el caso que sí, ¿cuál es el nombre del declarante? Cuál es su relación con este declarante?**

*¿Le han ofrecido a alguien en esta solicitud cobertura médica por medio de un trabajo? SÍ NO

En el caso que sí, ¿quién?

*¿A quién podemos contactar sobre cobertura médica del empleado en este trabajo?

*¿Actualmente es Ud. elegible para cobertura ofrecida por el empleador o será elegible en los próximos 3 meses? SÍ NO

*¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo? SÍ NO [Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el estándar de valor mínimo si el plan comparte el total de costos de beneficios permitido cubiertos por el plan que no es menos de 60 por ciento de tales costos. Sección 36B(c)(2)(C)(ii) Del Código de Impuestos Internos de 1986.]

*Para el plan más económico que cumple con el estándar de valor mínimo ofrecido al empleado (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si el/ella recibe el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibió otros descuentos en base al program de bienestar. Cuánto dinero tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$

¿Frecuencia? Semanal Quincenal Mensual Trimestral Anual

*¿Qué cambio tendrá que hacer el empleador para el plan del año nuevo? El empleador no ofrece cobertura médica El empleador empezará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima por el plan más económico disponible solamente al empleado que reúne el estándar de valor mínimo. Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por el plan? \$

¿Frecuencia? Semanal Quincenal Mensual Trimestral Anual Fecha de cambio?

SECCIÓN G – GASTOS: Responda las siguientes preguntas sobre las personas indicadas en las Secciones A y B por los cuales está solicitando asistencia.

¿Está alguna de las personas para quien usted solicita el beneficio obligado a pagar gastos tales como: alquiler: hipoteca, impuesto a los bienes, seguro sobre el hogar, gastos de condominio/mantenimiento, gas, electricidad, combustible, LIHEAP, facturas de gastos médicos como: recetas, anteojos, transporte, visitas médicas, asistencia dental, dispositivos, de asistencia para la salud, internación, o seguro o primas de Medicare no cubiertas por el seguro o un tercero, teléfono, guardería infantil o para adultos, o mantenimiento a un menor que no vive con su grupo familiar por orden judicial? Incluya los gastos correspondientes a los padres de hijos menores solicitantes que viven en la casa y gastos del cónyuge del solicitante si vive en la casa.

SÍ **NO** En caso que sí, enumérelas a continuación:

Falta de reportar y/o verificar alguno de los gastos enumerados serán considerados como una declaración por el grupo familiar que no desean recibir una deducción por el gasto no reportado.

| Tipo de gasto | Quién está obligado a pagar este gasto | ¿En caso de tratarse de un gasto médico, ¿quién recibió la atención médica? | Cantidad Mensual | A quién se paga | Fecha de pago | ¿Todavía se adeuda? | Solamente en caso de orden judicial de pago de pensión para mantenimiento de menores, indicar el nombre del menor a quien se paga el mantenimiento |
|---------------|--|---|------------------|-----------------|---------------|--|--|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |

¿Cómo calefacciona o refrigera su hogar?

¿Alguien le ayuda a pagar los gastos? **SÍ** **NO** En caso que sí, quién?

Si usted paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos, diciendonos podría hacer que el costo del cobertura de salud baje un poco. Usted no debería incluir los costos ya considerado en su respuesta para obtener la cantidad neta de autoempleo. Marque todos los que corresponden, suministre la cantidad y la frecuencia en que lo paga.

- Pensión alimenticia pagada \$** ¿Frecuencia?
- Interés de préstamos estudiantiles \$** ¿Frecuencia?
- Otras deducciones, Tipo:** ¿Frecuencia?

SECCIÓN H – LA COBERTURA DE SALUD DE SU FAMILIA: Responda las preguntas por cualquier persona que necesita cobertura de salud.

*¿Está registrada alguna persona para cobertura de salud de alguno de los siguientes? **SÍ** **NO** En caso que sí, escriba sus nombres junto a la cobertura que tienen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid: _____ | <input type="checkbox"/> Florida KidCare: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicare: _____ | <input type="checkbox"/> TRICARE: _____ (no marque si usted tiene cuidado directo o Line of Duty) |
| <input type="checkbox"/> Programas de salud VA: _____ | <input type="checkbox"/> Peace Corps: _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro de empleo: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Nombre del Seguro: _____ | Nombre del seguro de salud: _____ |
| Nombre del asegurado: _____ | Nombre del asegurado: _____ |
| No. de póliza: _____ | No. de póliza: _____ |
| ¿Es esto cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Es esto un plan de beneficios limitados (tal como póliza contra accidente escolar)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Es esto un plan de salud para jubilados? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |

*¿Ha cancelado alguien el seguro de salud para niños en los últimos dos meses por algunas de estas razones?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El costo del seguro médico de un niño solicitante es más de 5% del ingreso de su familia. | <input type="checkbox"/> El empleador proporcionando la cobertura del niño solicitante ha cancelado la cobertura. |
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica dió a la pérdida de cobertura por un niño solicitante. | <input type="checkbox"/> La cobertura del niño solicitante ha terminado porque el niño ha alcanzado la cobertura límite de vida o un límite de beneficio anual. |
| <input type="checkbox"/> Un padre perdió empleo que proporcionaba cobertura patrocinado por el empleo por un niño solicitante. | <input type="checkbox"/> Un niño solicitante tiene una condición médica que, sin cuidado médico causaría discapacidad severa, pérdida de funcionalidad, o muerte. |
| <input type="checkbox"/> La cobertura no cobre las necesidades de cuidados médicos del niño solicitante. | <input type="checkbox"/> El padre del niño solicitante cancel cobertura e COBRA o la cobertura de COBRA alcanzó su límite legal. |
| <input type="checkbox"/> El padre que recibía la cobertura médica por un niño solicitante ha fallecido. | <input type="checkbox"/> Un padre no-custodio cancel la cobertura del niño solicitante. |

USTED PODRÍA SER ELEGIBLE PARA TARIFAS DE TELÉFONO REDUCIDAS

Marque **SÍ** si desea que el DCF informe, a la compañía local de servicio telefónico, su nombre, SSN, número de teléfono, y el hecho de que usted recibe asistencia alimentaria, Asistencia Temporal en Efectivo o Medicaid para que pueda obtener una tarifa telefónica reducida por medio del Programa Lifeline. **SÍ** **NO**

SECCIÓN I – MIEMBRO FAMILIAR QUE ES INDIO NORTEAMERICANO O NATIVO DE ALASKA: Complete esta sección si usted o un miembro familiar es Indio norteamericano o nativo de Alaska.

Indios norteamericanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios del Servicio de Salud Indígenas, programas de salud indígena o programas urbanos de salud indígena. También no tendrán que pagar costo compartido y pueden recibir períodos de registración especiales mensualmente. Responda la siguientes preguntas para asegurar que su familiar recibe la máxima asistencia posible. Si usted tiene más personas que incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

| Nombre Primero, Segundo, Apellido | Miembro de una tribu federalmente reconocida | ¿Ha recibido esta persona un servicio del Servicio de Salud Indígenas, programa de salud indígena, o programa urbanas de salud indígena o por medio de referencia de alguno estos programas? | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, nombre de la tribu: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Si no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, nombre de la tribu: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Si no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, nombre de la tribu: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Si no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, nombre de la tribu: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Si no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

*Es posible que cierto dinero recibido no sea contado para Medicaid o el Programa de Seguro Médico infantil (CHIP). Indique cualquier ingreso reportado en su solicitud que incluye dinero de estas fuentes:

¿Pagos per cápita de una tribu que provienen de un recurso natural, derechos de uso, arrendamientos, o derechos? **SÍ** **NO**
Si responde sí, quién? Cantidad: \$

¿Pagos que provienen de recursos naturales, agrícolas, ganadería, pesca, arrendamientos o derechos de terrenos del Departamento del Interior (incluyendo reservas o ex reservas)? **SÍ** **NO**
Si responde sí, quién? Cantidad: \$

¿Dinero ganado por medio de la venta que cosas que tienen significado cultural? **SÍ** **NO**
Si responde sí, quién? Cantidad: \$

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Usted puede darle permiso a una persona de confianza para que hable sobre esta solicitud con nosotros, vea su información, actúe en nombre suyo en asuntos relacionados a esta solicitud, incluyendo obteniendo información sobre su solicitud y firmando en nombre suyo. Esta persona es conocida como un "representante autorizado." Si usted es el representante designado legal para alguien en esta solicitud, suministre un comprobante con la solicitud. Al ingresar la información en la página 1, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.

PARA CONSEJEROS, NAVEGADORES. AGENTES Y CORREDORES DE SOLICITUDES CERTIFICADOS SOLAMENTE: Complete esta sección si usted es un consejero, navegador, agente o corredor llenando esta solicitud por otra persona.

Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa): _____

Nombre: Primero, Segundo, Apellido: _____

Nombre de Organización y no. de identificación (si procede): _____

FIRMANDO LA SOLICITUD: Al firmar la solicitud, usted confirma y certifica que:

- *Ninguna persona solicitando seguro médico en esta solicitud está encarcelada.
- *La información suministrada en esta solicitud establece la identidad de niños menores de 16 años de edad.
- Usted ha leído y comprende sus derechos y responsabilidades.
- *Usted le está dando a la agencia de Medicaid derecho a buscar y obtener dinero de otros seguros médicos, solución jurídica, u otros terceros. Usted también le está dando el derecho a la agencia de Medicaid buscar y obtener apoyo médico de un conyuge o padre.
- *Usted entiende que esta información será utilizada para revisar su elegibilidad para ayudar pagar cobertura de salud si desea solicitarla. Nosotros revisaremos su respuesta utilizando información en nuestra base de datos electrónicos y base de datos del Servicios de Impuestos Internos (IRS), Seguro Social, Departamento de Seguridad Nacional, y/o una agencia reportera del consumidor.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS DE LA FLORIDA

Ninguna persona será excluida de la participación, ser negado de beneficios o sujeto a discriminación ilegítima por motivos de raza, color, religión o origen nacional, sexo, o discapacidad bajo ningún programa o actividad recibiendo o beneficiando de asistencia financiera federal y administrada por el Departamento. Para presentar una queja alegando violaciones de esta póliza, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles, Office of Civil Rights, Florida Department of Children and Families, 1317 Winewood Boulevard, Tallahassee, Florida 32399-0700 o llame 1-850-487-1901, o TDD 1-850-922-9220.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DE USDA-HHS

Se le prohíbe a esta institución discriminar debido a la raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, por religión o creencias políticas. El Departamento de Agricultura de E.E.U.U. (USDA) también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas, represalias o venganzas por actividades de derechos civiles anteriores en cualquier programa o actividad realizado o financiado por la USDA. Las personas con discapacidades que requieren un medio de comunicación alterna para recibir información sobre el programa (por ej. Braille, en texto grande, en forma auditiva, lengua de signos americana, etc.), deberían contactar al Departamento de Niños y Familias, donde presentar su solicitud para beneficios. Los individuos que son sordos, tienen dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden contactar al USDA a través del servicio federal de relevo al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa podría estar disponible en otros idiomas distintos del inglés. Para presentar una queja contra el programa por razones de discriminación, complete un Formulario de queja por discriminación del programa de USDA ([USDA Program Discrimination Complaint Form](#)), (AD-3027), que se puede encontrar en línea entrando a: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de la USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y en la misma, provee toda la información que requiere el Formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Entregue su formulario completo o carta al USDA por: (1) correo: 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. Para cualquier información adicional relacionado con el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP), las personas deben contactar al número directo de USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llamar a los Números directos/información estatal ([State Information/Hotline Numbers](#)) (haga clic en el enlace para obtener un listado de los números directos por estado); estos se pueden encontrar en línea entrando a: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. Para presentar una queja de discriminación en cuanto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.E.U.U. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY). Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidad.



SUS DERECHOS Y DEBERES

USTED TIENE DERECHO A:

- Solicitar ayuda y que su elegibilidad se decida sin nuestra opinión en cuanto a su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad (lugar de nacimiento) o creencia política. Si usted tiene una discapacidad que lo limita de alguna manera, infórmenos a fin de que podamos realizar las adaptaciones necesarias para ayudarlo. El Departamento de Niños y Familias (DCF) ofrece igualdad de oportunidades.
- Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas. El Departamento de Agricultura de los EE.UU. también prohíbe discriminar por motivo de raza, color, nacionalidad, religión, discapacidad, edad, creencias políticas o represalia o venganza por activismo anterior por derechos civiles en un programa o actividad conducida o financiada por USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para informarse sobre los programas (por ejemplo, Braille, impresión en tamaño grande, cinta de audio, lengua de señas americana, etc.) deben comunicarse con el Departamento de Niños y Familias, donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla pueden contactarse con el USDA mediante el Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Además, se puede disponer de información sobre los programas en otros idiomas además de inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el [Formulario de Queja por Discriminación en el Programa de USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de USDA o escriba una carta dirigida a USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario completado o carta 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) facsímil: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Para cualquier otra información relacionada con asuntos relacionados con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con el Número de Atención Permanente de SNAP de USDA (800) 221-5689, que también tienen atención en español o llamar a los [Números de Información/Atención Permanente del Estado](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm) (haga clic en el enlace para obtener un listado de números de atención permanente por estado); que se encuentra en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. Para presentar una queja por discriminación relativa a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY). Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.
- Solicitar ayuda en línea mediante nuestra solicitud de internet. También puede entregar una solicitud impresa en un centro de servicios local o un socio comunitario, o bien puede enviarla por correo o fax. Puede entregar una solicitud incompleta (por internet o impresa) siempre que esta tenga su nombre y dirección, y esté firmada por usted u otro miembro responsable de su grupo familiar, o alguna persona que actúe en nombre suyo como su representante autorizado o designado.
- Ser entrevistado y notificado de su elegibilidad para recibir Asistencia de Alimentos dentro de los 30 días de haber presentado una solicitud firmada (90 días para Medicaid si se tiene en cuenta su discapacidad al momento de decidir su elegibilidad).
- Recibir ayuda del personal del DCF o de otra persona para completar los formularios. Háganos saber si precisa ayuda para obtener la información que necesitamos.
- Recibir, o hacer que alguien reciba por usted, los beneficios para los que es elegible y ser notificado inmediatamente de cualquier medida que tomemos sobre su solicitud o cualquier modificación que realicemos en relación a sus beneficios.
- Recibir información sobre otros programas con los que contamos que podrían ayudarlo a usted o a su familia.
- Solicitar una audiencia ante un funcionario de audiencias del estado. Usted puede presentarse con un abogado, familiar, amigo o alguien de su elección o ser representado por éste. Si desea una audiencia, debe pedirla por escrito, llamar al Centro de Atención al Cliente o presentarse en la oficina dentro de los 90 días de la fecha de despacho por correo del aviso de resolución de su caso. Si solicita una audiencia antes del fin del último día del mes previo a la fecha de entrada en vigencia de la resolución negativa, sus beneficios podrán continuar en el nivel anterior hasta que se adopte una decisión en la audiencia. Usted deberá devolver los beneficios recibidos en caso de que la decisión de la audiencia no le sea favorable. Si necesita información para recibir asesoramiento legal gratuito, puede llamar al Centro de Atención al Cliente de ACCESS Florida, sin cargo, al número 1-866-762-2237 para obtener un listado de agencias de asesoramiento legal gratuito en su área.
- Exigir que se proteja la información que recibimos sobre usted o los integrantes de su grupo familiar, de conformidad con las leyes federales o estatales.
- Nombrar al adulto padre o madre del niño o a alguna persona que cumpla la función de padre o madre como beneficiario (la persona que recibirá sus beneficios de asistencia de alimentos). Si no hay niños en su grupo de asistencia, el beneficiario debe ser la persona que tenga el ingreso más alto.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

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

- Brindarnos constancia completa y correcta de la información solicitada, dentro de los límites de tiempo que se le asignen, a fin de determinar si usted reúne los requisitos para recibir ayuda.
- Usar sus beneficios de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo de una manera que genere el máximo beneficio para los niños que pertenecen al grupo de asistencia. La ley del Estado de Florida establece que cualquier persona que utilice el dinero asignado para la manutención de niños para algún otro fin puede ser multada, encarcelada o ambas.
- Declarar la condición de ciudadano o no ciudadano de los EE.UU. de los miembros de su grupo familiar que solicitan ayuda mediante la firma de la solicitud de asistencia. Debe proporcionar constancia de la condición de no ciudadano, de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS), de todas las personas que no sean ciudadanas de los EE.UU. para las que solicita ayuda. Es posible que solicitemos al USCIS la confirmación de esa información. La información recibida del USCIS puede afectar su elegibilidad y el monto de los beneficios. No se exige constancia de la condición ante el USCIS de los individuos para los que no solicita ayuda.
- Solicitar beneficios de otras fuentes si esta solicitud, o la información que recibimos, demuestra que usted podría reunir los requisitos para esos beneficios. (No corresponde al Programa de Asistencia de Alimentos.)
- Transferir sus derechos de manutención de niños al estado y colaborar con el Control del Cumplimiento del Cuidado y Manutención de Hijos Menores (*Child Support Enforcement*, CSE) en establecer la paternidad y obtener manutención de un padre ausente del niño bajo su cuidado, a menos que usted pueda demostrar al CSE una buena causa para no hacerlo. (Para el Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo, usted debe transferir sus derechos al estado. La transferencia de derechos al estado no corresponde en caso de contar con el Programa de Asistencia de Alimentos.)

- Informar cualquier seguro u otro plan de salud que pueda pagar costos de atención médica para usted o un miembro de su grupo familiar para quien usted solicita ayuda. También debe transferir al estado su derecho a recibir cualquier pago de seguro u otros planes de salud, a menos que pueda demostrarnos una buena causa para no hacerlo. (Corresponde para cualquier persona que solicite o reciba ayuda de los programas de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo, Asistencia para Refugiados o Programas de Medicaid.)
- Participar en las actividades de trabajo de los programas de empleo y capacitación de Asistencia para Refugiados, Asistencia de Alimentos y Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo. Ello incluye registrarse para obtener empleo, a menos que le hayamos indicado que no debe hacerlo.
- Informarnos, dentro de los 5 días corridos, si un niño de su familia se ausentará del hogar por 30 días o más. (Corresponde solamente al Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo). Informarnos cualquier cambio ocurrido en su situación conforme a los requisitos del programa.
- Si en su grupo familiar solamente reciben asistencia de alimentos, deberá informar cuando el ingreso mensual bruto supere el límite del 130% del ingreso bruto para el tamaño de su grupo familiar al 10º día del mes siguiente al mes en el que ocurra el cambio. Si su grupo familiar recibe Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo y/o Medicaid (con o sin asistencia de alimentos) deberá informar los cambios dentro de los 10 días, incluido cualquier cambio en la dirección residencial/postal del grupo familiar. Informe cualquier cambio en la dirección de correo electrónico del grupo familiar para contacto.
- Para el programa de asistencia en alimentos, un adulto capaz sin dependientes es una persona de entre 18 y 49 años de edad, con capacidad física o mental para trabajar, que no vive ni se alimenta junto con un niño menor de 18 años, que no está embarazada y que no está exenta de los requisitos de trabajo del programa general de empleo para recibir asistencia de alimentos. Los Adultos Capaces Sin Dependientes deben informar cuando sus horas de trabajo se reducen a menos de 20 horas por semana con un promedio de 80 horas por mes.
- Asegúrese de que su hijo en edad escolar (de 6 a 17 años de edad) asista a la escuela. Si se descubre que su hijo falta a clase sin autorización o que dejó de asistir a la escuela, ese niño puede ser eliminado de la asistencia temporal de dinero en efectivo y puede rebajarse el monto de su beneficio de dinero en efectivo, a menos que usted pueda demostrar que el niño tiene un buen motivo para faltar a la escuela. (Se aplica solamente al Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Tener una reunión con un funcionario escolar por cada niño en edad escolar (de 6 a 17 años de edad) en cada semestre para hablar sobre los avances en las tareas escolares o los problemas del niño en la escuela. Si usted no logra tener esta reunión, es posible que sea retirado de la Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo y que disminuya el monto de dinero en efectivo, a menos que usted pueda demostrar que tiene un buen motivo para no tener la reunión. (Se aplica solamente al Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Tener al día las inmunizaciones de sus hijos en edad preescolar (de 0 a 4 años de edad). (Se aplica solamente al Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Cooperar con los funcionarios del estado y los funcionarios federales cuando analicen su caso y, de ser posible, responder sus preguntas.
- Reembolsar al Departamento Niños y Familias todos los beneficios recibidos para los cuales usted no es elegible. El monto que adeude puede restarse de sus pagos mensuales de asistencia de dinero en efectivo o de los beneficios de asistencia de alimentos hasta que el pago del monto total de la deuda. Si se produce un pago excedente a Medicaid, usted deberá reembolsar el monto personalmente.
- Bríndenos el Número de Seguro Social (SSN), o solicite un SSN, para cada uno de los miembros del grupo familiar para quienes está solicitando la ayuda. Corresponde a los programas de Asistencia de Alimentos, Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo y Medicaid. Usted no debe solicitar o proporcionarnos el SSN de un miembro del grupo familiar para quien no se solicita ayuda. Sin embargo, es posible que deba proporcionarnos información sobre los ingresos y los bienes de esas personas a fin de que podamos determinar la elegibilidad de otros miembros del grupo familiar para quienes se solicita ayuda.

EL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS TIENE DERECHO A:

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

LA AGENCIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD (AHCA) TIENE DERECHO A:

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

INFORMACIÓN ACERCA DE LA LEGISLACIÓN SOBRE FRAUDE DE FLORIDA

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



Departamento de Niños y Familias de Florida

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Oficina de Derechos Civiles
Funcionario de la Privacidad HIPAA
1317 Winewood Blvd., Bldg, 1, Room 110
Tallahassee, FL 32399-0700
Tel.: (850) 487-1901 FAX: (850) 921-8470
Sitio web: www.myfloridafamilies.com/hipaa

Su Información.

Sus Derechos.

Nuestra Responsabilidad.

Este Aviso describe como su información médica podría ser utilizada y divulgada y como usted puede tener acceso a esta información. Este Aviso se aplica al Departamento de Niños y Familias, sus Socios Comerciales contratados y Subcontratistas.

-POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE-

Sus Derechos

Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia de sus expedientes médicos en papel o formato electrónico
- Corregir su expediente médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Solicitar que limitemos la información que compartimos
- Elegir a alguien que actúe en su nombre
- Recibir notificaciones de violaciones
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Otener una copia de este Aviso de Privacidad
- Presentar una queja si usted cree que sus Derechos de Privacidad han sido violadas

➡ Véase pág. 2 & 3 para más información acerca de estos derechos y cómo ejercerlos.

Sus Opciones

Usted tiene algunas opciones en la manera en que utilizamos y compartimos información al:

- Al contarle a familiares y amigos acerca de su condición
- Proveer ayuda ante desastres
- Incluirlo en un directorio (si procede)
- Proveer cuidado de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

➡ Véase pág. 3 para más información acerca de estas opciones y cómo ejercerlas.

Uso y Divulgación

Nosotros podríamos usar y compartir su información cuando nosotros:

- Le damos tratamientos
- Dirigimos nuestra organización
- Facturamos por servicios
- Trabajamos con nuestros Socios Comerciales contratados y Subcontratistas
- Ayudamos con problemas de salud pública y/o seguridad pública
- Hacemos investigaciones
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a solicitudes de donaciones de órganos y tejidos
- Respondemos a demandas y acciones legales
- Trabajamos con un examinador médico y director de funeraria
- Respondemos a solicitudes de compensación de los trabajadores, agencias de supervisión médica, organismos policiales y otras solicitudes gubernamentales
- Agencias gubernamentales proporcionando beneficios o servicios

➡ Véase pág. 4 & 5 para más información acerca de estas opciones y cómo ejercerlas.

¿QUÉ ES INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)?

Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) es información que podría permitir que una persona que lea u oiga la información le identifique individualmente. Suele nombrarse como “información de salud individualmente identificable”, esto se refiere a:

- su condición o salud física o mental pasada, presente, o futura;
- la provisión de cuidado de salud recibida por usted;
- el pago pasado, presente o futuro por la provisión de cuidado o servicios de salud a usted; o
- su Información Genética.



En cuanto a su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Usted o su designado puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico u otra información de salud que tengamos de usted. Su solicitud debe ser presentada por escrito a la oficina del programa o al proveedor de servicio que mantiene sus registros.
- Nosotros le proporcionaremos una copia o resumen de su información de salud, usualmente 30 días después de su solicitud. Nosotros podríamos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.
- No se nos impone por ley permitirle ver o hacer copias de notas de psicoterapia, información preparada para el uso en acciones o procedimientos legales, o donde el acceso sea prohibido por ley.

Pedir corregir su expediente médico

- Usted nos puede pedir que corrijamos su información de salud que usted crea está incorrecta o incompleta. Su solicitud debe ser presentada por escrito a la oficina del programa o al proveedor de servicio que mantiene sus registros.
- Nosotros podríamos decir “no” a su solicitud, pero le daremos la razón por escrito en 60 días.

Solicitar comunicación confidencial

- Usted nos puede pedir que lo contactemos de manera específica (por ejemplo, si usted es un cliente recibiendo tratamiento ambulatorio, usted puede solicitar que le contactemos en su lugar de trabajo o por correo electrónico) o que enviemos correo a una dirección diferente. Su solicitud debe ser presentada por escrito a la oficina del programa o al proveedor del servicio que mantiene sus registros.
- Nosotros podríamos decir “no” a su solicitud, pero le daremos la razón por escrito en 60 días.

Pedir limitar lo que utilizamos o compartimos

- Usted nos puede pedir que no utilicemos o compartamos cierta información de salud. No se nos requiere que aceptemos su petición, y podríamos decir “no” si perjudicaría su cuidado.
- Usted nos puede pedir que no compartamos cierta información de salud con miembros familiares. No se nos requiere que aceptemos su petición y podríamos decir “no” si perjudicaría su cuidado.
- Estas peticiones deben ser presentadas por escrito a la oficina del programa o al proveedor del servicio que mantiene sus registros.

Elegir a alguien que actúe por usted

- Si usted le ha dado el poder notarial médico a alguien o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Su solicitud debe ser presentada por escrito a la oficina del programa del proveedor del servicio que mantiene sus registros.
- Nosotros nos aseguraremos que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Recibir notificaciones de violaciones

- Usted recibirá una notificación si hay alguna violación de su información de salud protegida (PHI) que no está asegurada.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Usted puede pedir un listado (Contabilización de la Divulgación de Información) de las veces que hemos compartido su información de salud hasta seis años antes de la fecha de su solicitud, con quién lo compartimos y por qué. (Nota: el listado no incluirá cualquier uso o divulgación hecho antes del 14 de abril 2003.) Su solicitud debe ser presentada por escrito a la oficina del programa o al proveedor de servicio que mantiene sus registros.
- Nosotros incluiremos todas las divulgaciones con excepción de aquellas acerca del tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud y ciertas divulgaciones (como las que usted nos pidió que hicieramos). Nosotros proveeremos una Contabilización de la Divulgación de Información gratis al año, pero podría incurrir un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro antes de cumplir los doce meses.

Obtener una copia de este Aviso de Privacidad

- Usted puede pedir una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, aún si usted ha acordado recibir el Aviso electrónicamente. Por favor contacte la oficina, instalación o programa dónde usted recibe servicios y le proveeremos una copia en papel inmediatamente.
- Usted también puede ver y descargar un copia de este Aviso entrando a:
<http://www.myfloridafamilies.com/hipaa>.

Presente una queja si usted siente que sus derechos han sido violados

- Usted puede presentar una queja enviando una carta al Departamento de Niños y Familias Office of Civil Rights, HIPAA Privacy Officer, 1317 Winewood Boulevard, Building 1, Room 110, Tallahassee, Florida 32399-0700 si usted siente que nosotros hemos violado sus derechos o llamando al 850-487-1901, o enviando un fax al 850-921-8470.
- Usted puede presentar una queja enviando una carta dirigida a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.E.U.U (U. S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) localizada en 200 Independence Avenue, S. W., Washington, D. C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en contra suya por presentar una queja.



Por cierta información de salud, usted nos puede decir sus decisiones acerca de lo que compartimos.

Si usted tiene una preferencia clara acerca de como compartimos su información en las situaciones descritas previamente, cuéntenos. Díganos lo que usted quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos y otros involucrados en su cuidado.
- Compartamos información en una situación de ayuda por causa de desastre.

Si usted no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si usted no está consciente, nosotros podríamos compartir su información si creemos que está en su mejor interés.

Nosotros también podríamos compartir su información cuando tengamos que disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nosotros nunca compartimos su información a menos que usted nos haya dado autorización por escrito:

- Fines comerciales.
- Venta de su información.
- La mayoría de notas compartidas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Nosotros podríamos contactarlo por razones de recaudación de fondos, pero usted nos puede decir que no lo contactemos de nuevo.



¿Cómo usamos o compartimos su información de salud típicamente?

Típicamente, nosotros usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras. Por favor note que no todos los tipos de usos y divulgaciones pueden ser descritos o enumerados en este Aviso.

Tratamiento

- Nosotros podemos utilizar su información de salud y compartirlo con otros profesionales que le están dando tratamientos y coordinan servicios que usted podría necesitar.

Ejemplo: Un doctor que lleva a cabo una evaluación clínica podría hablar con otro doctor acerca de su condición de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Nosotros podemos utilizar y compartir su información de salud para dirigir nuestra organización, mejorar su cuidado y contactarlo cuando sea necesario.

Ejemplo: Nosotros utilizamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.

Facturaciones por sus servicios

- Nosotros podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Nosotros damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que ellos paguen por sus servicios.

Trabajar con nuestros Socios Comerciales contratados y Subcontratistas

- El Departamento contrata con individuos, otras agencias y empresas para llevar a cabo algunos de los servicios por los cuales somos responsables. Unos ejemplos incluyen agencias de cuidado comunitario, agencias de manejo de casos, centros de tratamientos de salud mental y vendedores de tecnología.

¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud? Se nos permite o requiere compartir su información durante investigaciones, determinaciones de elegibilidad, al proveer cuidado, servicios u otros beneficios, y en otras formas— usualmente en formas que contribuyen para el beneficio público, tal como la salud e investigación pública. Nosotros tenemos que reunir varias condiciones de la ley antes que podamos compartir su información para estos propósitos.

Para más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers.index.html

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

- Nosotros podemos compartir información de salud suya en caso de ciertas situaciones tales como:
 - La prevención de enfermedades
 - Asistiendo con la retirada de productos
 - El reporte de reacciones adversas a medicamentos
 - El reporte de la sospecha de abuso, negligencia o violencia domestica
 - La prevención o reducción de una amenaza seria a la salud o seguridad de alguna persona

Para investigaciones

- Nosotros podemos utilizar o compartir su información por razones de investigaciones de salud.

Cumplimiento con la ley

- Nosotros compartiremos información suya si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si ellos quieren confirmar que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Nosotros podemos compartir su información de salud con organizaciones de adquisición de órganos.

Responder a demandas y acciones legales

Nosotros podemos compartir su información de salud en respuesta a un mandato judicial o administrativo o en respuesta a una citación.

Trabajar con un examinador médico o director de funeraria

- Nosotros podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando un individuo fallece.

Responder a solicitudes de compensación de trabajadores, agencias policiales y otras solicitudes gubernamentales

Nosotros podemos utilizar o compartir su información por las siguientes razones:

- Para reclamos de compensación de trabajadores
- Para fines policiales, con un funcionario policial o institutos correccionales
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, tal como servicios militares, de seguridad nacional y servicios protectores presidenciales

Agencias gubernamentales que proporcionan beneficios o servicios

Nosotros podemos compartir su información de salud con otras agencias o programas gubernamentales que le proporcionan servicios o beneficios similares a usted si la adquisición de dicha información es necesaria para coordinar la entrega de sus servicios o beneficios o mejora nuestra capacidad de administrar o gestionar el programa.

Nuestras Responsabilidades

- Se nos requiere por ley mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida (PHI).
- Nosotros le notificaremos inmediatamente si ocurrió una violación que podría haber comprometido la privacidad o seguridad de su PHI.
- Nosotros debemos seguir las normas y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y proporcionarle una copia de las mismas.
- Nosotros no utilizaremos o compartiremos su información de ninguna forma que no sea especificada aquí a menos que usted nos lo autorice por escrito. Si usted nos lo autoriza, usted puede cambiar de opinión a cualquier hora. Déjenos saber por escrito si cambia de opinión

Para más información entre a: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios a los Términos de este Aviso

Nosotros podemos cambiar los términos de este Aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos suya.

El Aviso nuevo estará disponible a petición en nuestra oficina y en nuestro sitio web entrando a:

www.myfloridafamilies.com/hipaa.

Efectivo: 22 de septiembre 2013

Este Aviso de Prácticas de Privacidad aplica a las siguientes organizaciones:

El Departamento de Niños y Familias de Florida, sus Socios Comerciales contratados y Subcontratistas.

Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados o usted no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su información de salud protegida (PHI), usted puede presentar una queja con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.E.U.U. y/o el Departamento de Niños y familias, contactando cualquier agencia a las siguientes direcciones. No habrá ninguna acción de represalia en contra suya por presentar una queja.

The Department of Children and Families
Office of Civil Rights
HIPAA Privacy Officer
1317 Winewood Blvd., Bldg. 1, Room 110
Tallahassee, FL 32399-0700
Teléfono: (850) 487-1901
FAX: (850) 921-8470
Sitio web: www.myfloridafamilies.com/hipaa

U. S. Department of Health and Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street, S. W.
Atlanta, GA 30303-8909
Tel. de voz: (404) 562-7453
FAX: (404) 562-7881
TDD: (404) 562-7884