

Date

Número para usuarios de TTY/TDD: 800-209-5446
Número gratuito: 877-501-2233

Client's Name and Address

Número de identificación de cliente:

Estimado(a) **Client's Name**:

Recibimos su solicitud el **Date**. Usted debe realizar una entrevista para el **Date**.

Nuestro horario de entrevistas es de lunes a viernes, entre las 8:00 a.m. y las 2:00 p.m., excepto los feriados estatales.

Llámenos al 1-877-501-2233 para hacer la entrevista o averiguar si su oficina local hace entrevistas en persona.

También puede visitar la página <https://www.dshs.wa.gov/> y hacer clic en el enlace "**Find a local service office**" (Buscar una oficina de servicios local) para encontrar información actualizada sobre los servicios que se ofrecen en persona.

Si no se le hace una entrevista para el **Date**, su solicitud de Alimentos básicos Efectivo.

Su solicitud de asistencia será rechazada sin una entrevista.

Esta es una lista de cosas que puede necesitar para su entrevista:

- Números de Seguro Social de las personas para las cuales presenta la solicitud
- Prueba de ciudadanía o estado de extranjero legal, como un pasaporte estadounidense, partidas de nacimiento, documentos de inmigración
- Prueba de identidad, como una identificación con foto
- Prueba de ingresos, como copias de cheques, talones de cheques, cartas o declaraciones de cualquiera que haya aportado dinero a su hogar
- Prueba de recursos que pueda tener, como registro del vehículo, extractos bancarios, acciones, bonos, pólizas de seguro de vida
- Prueba de costos de cuidado infantil o cuidado de adulto dependiente, como un recibo del proveedor
- Prueba de costos de vivienda, como pagos de hipoteca, pagos de impuestos sobre bienes inmuebles, seguro de propietario de vivienda, recibos de alquiler, copia de su arrendamiento, facturas de servicios públicos, carta de su arrendador
- Otras pruebas, como facturas médicas no pagadas, primas de seguro médico, cambios en su estado de inmigrante o ciudadano, fecha prevista de parto, pensión por adopción o pagos por atención de acogida

Usted puede hacer lo siguiente:

- Solicitar beneficios, presentar una revisión o informar cambios en www.washingtonconnection.org
- Enviarnos información por fax al 888-338-7410

Escriba su identificación de cliente en todas las copias que nos envíe. Su identificación de cliente es _____.

Para comunicarse con un administrador de caso o trabajador social de WorkFirst, llame al 1-877-501-2233.

Llame al 877-501-2233 para procesar una solicitud o revisión, informar cambios o hacer preguntas.

Llame si tiene alguna pregunta acerca de esta carta.

Documento(s) adjunto(s): DSHS 14-113 Derechos y responsabilidades del cliente

Sus Derechos y responsabilidades de la asistencia alimenticia y efectivo

Your Cash and Food Assistance Rights and Responsibilities

NOMBRE DEL CLIENTE (JEFE DE FAMILIA)

NÚMERO DE ID DEL CLIENTE

Sus Responsabilidades (Usted debe)

- **Brindarnos la información que necesitamos para decidir si usted es elegible.**
- **Brindarnos pruebas cuando sea necesario.** Es posible que podamos conseguir las pruebas por usted. La información que proporcione al departamento está sujeta a verificación de parte de funcionarios federales y estatales. La verificación puede incluir contactos de seguimiento del personal del departamento incluidos los investigadores de fraude.
- **La información reportada al Departamento de Servicios Sociales y de Salud** puede afectar la elegibilidad para la cobertura de atención médica administrada por la Autoridad de Atención Médica y el Intercambio de Beneficios de Salud.
- **Informar cambios** (por ejemplo, dirección, ingresos, etc.) tal como se exige en WAC 388-418-0005. Informarlos antes del día 10 del siguiente mes.
- **Cooperar con la División de Manutención para Niños (DCS)** si acepta un subsidio TANF. Debe ayudar a la DCS a establecer, modificar o hacer cumplir la manutención para el(los) niño(s) a su cuidado y establecer la paternidad (si es necesario). Puede rehusarse a cooperar con la DCS si puede mostrar que tiene un buen motivo para creer que cooperar con la DCS lo coloca a usted, sus hijos o los niños a su cuidado en riesgo de daños de parte del padre que no tiene la custodia.
- **Solicitar** y hacer un esfuerzo razonable para obtener ingresos potenciales de otras fuentes cuando pida o reciba asistencia en efectivo.
- **Llevar a cabo las revisiones y los informes requeridos.**
- **Cumplir con los requisitos de empleo** para la asistencia en efectivo y asistencia alimenticia.
- **Decirnos** si desea que alguien más use su asistencia alimenticia en su nombre.
- **Cooperar con nuestras revisiones de Control de Calidad.**
- **Utilizar su asistencia alimenticia** sólo para comprar alimentos para los integrantes de su familia.
- **Utilizar asistencia en efectivo** sólo para el beneficio de los integrantes de su familia.
- **Debe proporcionar los Números de Seguro Social (SSN)** o estado de inmigración solamente de las personas que solicitan asistencia. Si decide no dar los SSN o el estado de inmigración de los integrantes de la familia que no están realizando la solicitud, igualmente se deben verificar los ingresos y recursos de todos los integrantes de la familia si es necesario para determinar la elegibilidad.

Sus Derechos (Nosotros debemos)

- **Aceptar una solicitud** con su nombre, dirección y firma o la firma de su representante autorizado.
- **Ayudarle a completar los formularios de DSHS.**
- **Procesar** su solicitud de asistencia alimenticia dentro de 7 días si califica para servicio expedito.
- **Brindarle un recibo** si pide uno al entregar documentos.
- Darle una decisión por escrito, en la mayoría de los casos, dentro de 30 días.
- **Puede negarse a hablar con un investigador de Detección temprana del fraude (FRED)** de la Oficina de Fraude y Responsabilidad. No tiene la obligación de dejar ingresar al investigador a su vivienda. Puede pedir al investigador que vuelva en otro momento. Esto no afectará su elegibilidad para la asistencia.
- **Puede solicitar una audiencia administrativa** si no está de acuerdo con una decisión del departamento respecto a su caso. También puede pedir a un supervisor o administrador que revise la decisión o acción en disputa sin afectar sus derechos para una audiencia administrativa.
- **Debemos informarle** acerca de la regla de límite de tiempo de 60 meses bajo el programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Este límite de tiempo no se aplica a sus Alimentos Básicos o subsidios de cuidado de niños.

Cosas que debe saber acerca de su tarjeta de EBT

- **Mal uso de los beneficios:** Los beneficios alimenticios o en efectivo distribuidos mediante la tarjeta EBT brindarán a DSHS un historial de las transacciones en las que haya usado sus beneficios. El departamento usará la información de transacción en investigaciones de mal uso de beneficios de asistencia en efectivo o de intercambio de beneficios de asistencia alimenticia por dinero en efectivo u otros elementos de valor (tráfico).
- **Reemplazo de la tarjeta EBT:** Podemos cobrar por tarjetas EBT de reemplazo. Conserve su tarjeta EBT y su número de identificación personal (PIN) seguro.
- **Tarjetas EBT con saldo alto:** Si no usa sus beneficios durante meses en un momento o acumula un saldo elevado después de varios meses, nos comunicaremos con usted para revisar su situación o su necesidad de beneficios.

Cosas que debe saber (Alimentos Básicos)

- **Enviamos la información** de las personas que solicitan Alimentos Básicos a otras agencias federales para verificar que dicha información sea correcta. En caso que la información sea incorrecta, es probable que las personas que solicitaron Alimentos Básicos no lo obtengan. Si una persona proporciona información que sabe es incorrecta, podría ser procesada criminalmente. Las penalidades por el incumplimiento intencional de las reglas de Alimentos Básicos varían desde descalificación para el programa hasta multas o posible prisión.
- **Si vende, intenta vender, intercambia o dona su asistencia alimenticia** por cualquier cosa de valor como dinero en efectivo, drogas, armas o cualquier otra cosa que no sea un alimento de un minorista autorizado (tráfico), puede ser descalificado para recibir beneficios de asistencia alimenticia por un periodo mínimo de un año hasta una descalificación máxima de por vida en el primer delito. Esta descalificación continúa incluso si abandona el estado de Washington y solicita beneficios en otro estado.
- **Si se le solicita participar en los requisitos de empleo para Alimentos Básicos**, y no lo hace, puede quedar descalificado durante un mes y hasta que cumpla con los requisitos de empleo por el primer incumplimiento, tres meses y hasta que cumpla para el segundo incumplimiento, y seis meses y hasta que cumpla por tercera vez y así cada vez a partir de ese momento.
- **Puede ser retirado del programa de Alimentos Básicos** por romper una regla del programa de Alimentos Básicos como se describe en las advertencias de penalidad por Alimentos Básicos enumeradas en esta página.
- **Informe los gastos del hogar si desea que el departamento incluya estos costos para Alimentos Básicos.** Si no informa y proporciona pruebas de estos gastos, entonces está afirmando que no desea utilizar estos gastos para decidir si puede obtener más Alimentos Básicos.

Cosas que debe saber (Dinero en efectivo)

- **Al obtener Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)** asigna sus derechos de manutención de hijo y cónyuge a la División de Manutención para Niños. Esto significa que DCS puede conservar la asistencia que le deben hasta la cantidad de asistencia pública que recibió. **Debe comunicar a DCS inmediatamente** si recibió los pagos de manutención para niños o los beneficios para el niño mientras recibía la TANF.
- **Si ya no recibe una TANF**, debe comunicar a DCS los cambios que afecten la manutención para niños, por ejemplo, si el niño se muda o si su dirección ha cambiado.
- **Si recibe una TANF, puede solicitar dinero adicional** para poder pagar los costos temporales de vivienda de emergencia.

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), a esta institución, a sus agencias, a sus oficinas, a sus empleados y a las instituciones que participen en programas del USDA o que los administren se les prohíbe discriminar con base en la raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género (incluyendo la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar y de paternidad, porque los ingresos del individuo se deriven de algún programa de asistencia pública, por creencias políticas o como represalia por actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el USDA (no todas las bases aplican a todos los programas). Los remedios y los plazos para presentar quejas varían de acuerdo con el programa.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para información sobre los programas (por ejemplo, Braille, tipografía grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia responsable o con el centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información de los programas puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Si desea presentar una queja por discriminación, llene el formulario de queja del programa de discriminación del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario de queja contestado o su carta por correo al USDA a:

1. Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
2. Fax: (202) 690-7442; o
3. Correo electrónico: program.intake@usda.gov

El USDA es un proveedor, empleador y acreedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Al firmar a continuación, estoy declarando que se me han explicado mis derechos y responsabilidades para recibir beneficios y programas de DSHS. Entiendo que si me niego a firmar este documento no afecta mi elegibilidad pero aún soy responsable por requisitos del programa y sujeto a sanciones penales o del programa que correspondan.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

FIRMA DEL CO SOLICITANTE

FECHA