



Date: _____
Case name: _____
Case number: _____
County number. _____
Supervisor/worker number: __ / __

La traducción de cualquier material a otro idioma que sea diferente al inglés solamente sirve como un conveniente para el público que no lee el inglés. Hemos intentado proveer una traducción precisa de la materia original en inglés; sin embargo, es posible que existan unas pocas diferencias. La versión de esta forma en inglés es la forma oficial y toma precedente sobre cualquier traducción.

Responsabilidades y Firma para los Beneficios

Para el uso junto con las Formas 08MP001S y 08MP002S

Nombre del caso

Responsabilidades generales para todos los programas

Estoy de acuerdo con:

- permitir que el OKDHS de información sobre mí a otras agencias del gobierno u organizaciones privadas para obtener su ayuda para mí.
- permitir que el OKDHS haga cualquier investigación o pedir la verificación de la información que yo he entregado.
- proveer los documentos necesarios para establecer mi elegibilidad.
- avisar a la oficina local del OKDHS sobre los cambios en los ingresos, bienes, personas en mi hogar, dirección, horario del trabajo/escuela/capacitación, necesidad por el cuidado infantil, o cual proveedor del cuidado infantil yo uso.
- cooperar con la Oficina del Inspector General cuando me lo pida para determinar mi elegibilidad inicial y continua para los beneficios o en una audiencia o investigación de cualquier centro de cuidado infantil al cual asiste mi niño/a.

Yo entiendo que:

- el OKDHS tiene derecho de negar mi solicitud si he dado falsa información para poder recibir beneficios.
- se pueden presentar cargos criminales en contra de cualquier persona que sabe que da información falsa para obtener beneficios del OKDHS.
- el número de Seguro Social de las personas incluidas en este caso se usarán para comparar con la base de datos de los ingresos de otras agencias gubernamentales, tales como la Administración del Seguro Social, Servicios Internos de Ingresos, la Comisión del Seguro de Empleo de Oklahoma, y agentes de bases de datos. La información obtenida se usará para determinar mi elegibilidad para la asistencia.

- Yo estoy certificando bajo la pena de perjurio que cada persona en mi hogar para quien estoy solicitando beneficios es ciudadano/a de EE.UU. o es extranjero/a con estatus migratorio legal. Yo entiendo que tengo que informarle al OKDHS sobre el estatus migratorio de cualquier persona que solicita recibir los beneficios aunque esa persona no esté en estatus legal migratorio y solo solicita servicios médicos de emergencia.
- si el OKDHS aprueba a mi hogar para los beneficios y después se determina que mentí sobre la ciudadanía de EE.UU. o el estatus migratorio legal de alguna persona en el hogar, el OKDHS puede iniciar una demanda con el Ministro de Justicia de los EE.UU. (U.S. Attorney) y puedo ser sujeto a una prosecución criminal.
- que la información proporcionada en esta solicitud será verificada por oficiales federales, estatales, y locales y que la información obtenida por medio de estas fuentes puede afectar mi elegibilidad y beneficios.
- Yo seré responsable por reembolsar cualquier pago que establecido en exceso.

Responsabilidades del Sustento Económico para los Niños Menores

- Yo estoy de acuerdo con ayudar a establecer el sustento económico para los niños menores para todos los programas excepto el de Beneficios de Comida a menos que se determine que existe una buena causa según OKDHS.
- Si OKDHS decide que dar mi dirección o ubicación física me pone a mí o a mis hijos en riesgo de violencia, entiendo que puedo contactar a la oficina local relacionada con el pago del Sustento Económico para los Niños Menores.
- Si el OKDHS me lo pide, estoy de acuerdo con entregar todos los pagos del sustento económico para los niños menores al Registro Centralizado de Oklahoma para el Sustento Económico para los Niños Menores.

Lea estas declaraciones si usted está solicitando beneficios de comida:

Existen penas por:

- esconder información o hacer declaraciones falsas;
- usar los beneficios alimenticios para comprar alcohol o tabaco; e
- intercambiar o vender los beneficios alimenticios o las tarjetas de Acceso Oklahoma.

Para la mayoría de las situaciones, las penas son la pérdida de o reducción de los beneficios por:

- un año por la primera ofensa;
- dos años por la segunda ofensa; y
- permanentemente por la tercera ofensa.

Las penas por intercambiar los beneficios alimenticios por las substancias controladas son la pérdida de los beneficios por:

- dos años por la primera ofensa; y
- permanentemente por la segunda ofensa.

La pena por intercambiar los beneficios de comida por armas, municiones, o explosivos, o por traficar los beneficios de comida de \$500 o más es la pérdida permanente de los beneficios alimenticios por la primera ofensa. Usted también puede:

- ser multado hasta \$250,000;
- recibir una sentencia de prisión hasta de 20 años;
- recibir ambas, la multa y la sentencia de prisión; y
- **ser enjuiciado bajo otras leyes federales.**

Yo entiendo los avisos sobre las penas tal como se declaran en esta forma.

- Al menos que sea exento, yo y cualquier otra persona por la cual estoy solicitando o recibiendo asistencia estamos de acuerdo con cumplir con los requisitos relacionados al trabajo, y no cumplir puede resultar en la negación de la elegibilidad de las personas quienes no cumplen y todos los demás en el hogar.
- Yo entiendo que la falta de reportar o verificar cualquiera de los gastos indicados en mi solicitud para los beneficios de comida será vista como declaración por parte de mi hogar que nosotros no queremos recibir una deducción por los gastos no reportados o no verificados. Yo también entiendo que esta falta puede reducir la cantidad de mis beneficios de comida.

La obtención de esta información, inclusive el número de Seguro Social (SSN) de cada miembro del hogar, esta autorizada bajo el Acto de Comida y Nutrición de 2008, tal como fue enmendado, sección 201 1-2036, título 7 del Código de Estados Unidos. La información será usada para determinar si su hogar es elegible o continua siendo elegible para participar en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). El OKDHS verificará esta información por medio de programas de comparación de computadoras. Esta información también será usada para monitorear el cumplimiento con los reglamentos de los programas y para dirección del programa.

- Esta información puede ser disponible para uso en otras agencias federales y estatales para examen oficial, y para los oficiales de policía para el propósito de entregar a las personas que huyen de la ley.
- Si existe un pago en exceso por los beneficios alimenticios, la información en esta solicitud, inclusive todos los Números de Seguro Social, se pueden entregar a las agencias federales y estatales, al igual que los reclamos privados de las agencias de colecta, para la acción de colecta de reclamos.
- Yo entiendo que los beneficios alimenticios son prorratas desde la fecha de la solicitud.
- La entrega de la información pedida, inclusive los números de Seguro Social de cada uno de los miembros del hogar, es voluntaria. Sin embargo, la falta de proporcionar esta información resultará en la negación de los beneficios de comida para mi hogar.

Lea estas declaraciones si usted está solicitando la Asistencia Temporal para las Familias Necesitadas (TANF)

Si usted recibe TANF, usted tiene que:

- asegurarse de que cada niño/a desde el kinder hasta los 18 años de edad asista a la escuela regularmente;

- demostrar comprobantes de que todos los niños tengan sus vacunas actuales, a menos que usted tenga una buena razón por no tenerlas al día;
- cooperar a identificar los padres ausentes, establecer la paternidad, y establecer ordenes tribunales cuando se requieran, al menos que tenga una buena excusa;
- participar en las actividades de trabajo de TANF;
- asignar todo el sustento económico pasado, actual, y futuro para los niños menores, para el cónyuge y médico al OKDHS. El OKDHS no seguirá guardando los pagos del sustento económico para los niños menores después de que sus beneficios de TANF terminen; y
- cooperar con el personal de la División de la Imposición del Sustento Económico para los Niños Menores (OCSS por sus siglas en inglés) del OKDHS para intentar obtener el sustento económico para los niños menores.

Yo entiendo que no cumplir con cualquiera de los siguientes requisitos del programa de TANF puede resultar en una reducción del 25% de los pagos estándar de TANF por cada infracción del programa:

- proporcionar o aplicar para recibir un número de Seguro Social para cada miembro del hogar;
- mantener la asistencia regular a la escuela de todos los miembros del hogar desde el kinder hasta los 18 años de edad;
- proporcionar un comprobante de vacunas actuales de todos los niños en el hogar a menos que se haya determinado una buena causa por no tenerlas al día; y
- cooperar e identificar a los padres ausentes, establecer la paternidad, y establecer ordenes tribunales al menos que se haya determinado una buena causa por no hacerlo.

Yo entiendo que existe un límite de tiempo de 60 meses para recibir la TANF para las familias que incluyen a un adulto.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que no solicitaré los beneficios de TANF por más de un año desde la fecha de hoy si me aprueban para Asistencia TANF de Corto Plazo para mantener u obtener empleo.

Asignación.

- Si soy aprobado/a para los beneficios de TANF, yo asigno todos mis derechos, título e intereses de todo el sustento para los niños, para el cónyuge, y médico (acumulado, pendiente y continuo) al OKDHS. Yo entiendo que esta asignación incluye los pagos de sustento económico o beneficios médicos. Yo autorizo al OKDHS a endorsar y negociar cualquier cheque recibido en mi nombre como y para el sustento económico del cual OKDHS tiene un interés en conformidad con este acuerdo. Sí No
- Yo entiendo que si marco "no," el pago de TANF puede ser negado o anulado.
- Yo entiendo la Asignación depende de los términos y las condiciones de la Sección 402(a)(26) del Título IV del Decreto del Seguro Social tal como enmendado. **Esta asignación entra en vigencia desde el día en que sea certificado/a para recibir asistencia.** Esta Asignación se anulará con respecto a:
 - los derechos del sustento económico actuales en la anulación de la elegibilidad para la asistencia de dinero en efectivo; y

- los derechos del sustento económico atribuidos a los periodos durante cuando la asistencia de dinero en efectivo se concedió en el reembolso del pago atrasado de la asistencia pública y el cuidado.

Lea estas declaraciones si usted está solicitando beneficios médicos

Usted tiene que escoger el proveedor primario del cuidado para todos los miembros del hogar incluidos en los beneficios médicos al menos que usted este solicitando para la ayuda para el cuidado en asilos para ancianos. Llame a la línea de ayuda SoonerCare al 1-800-987-7767 para escoger un proveedor primario del cuidado.

Yo entiendo que la Autoridad del Cuidado de la Salud de Oklahoma (OHCA) tiene el derecho de hacer pagos de SoonerCare (Medicaid) directamente a los doctores u otros proveedores médicos por los servicios de la salud que yo recibo durante la asistencia.

Entrego, asigno y autorizo al OHCA los pagos de todos los reclamos que tengo o pueda tener en contra de un seguro de salud, compañía de seguro de responsabilidad limitada o cualquier terceros para cualquier pago por los servicios médicos hechos por el OHCA por mis dependientes o por mí. Sí No

Por favor tome en cuenta que al marcar “No” a esta declaración resultará en la negación de la solicitud para la asistencia médica.

Lea estas declaraciones si usted está solicitando cuidado Infantil.

Yo entiendo que tengo que:

- reportar los cambios en mi horario de escuela/trabajo/capacitación;
- reportar si mi niño/a ya no asiste al lugar de cuidado infantil;
- reportar cuando cambio a mi proveedor del cuidado infantil;
- registrar mi tarjeta EBT todos los días que mi niño/a asiste al cuidado infantil;
- nunca registrar la asistencia por cualquier día que mi niño/a no asiste al cuidado infantil;
- pagar por el cuidado infantil que el OKDHS no pagará porque:
 - Yo no registré mi tarjeta EBT por los días correctos y las horas que mi niño/a asistió al cuidado infantil;
 - los registros de mi tarjeta fueron negados y no los corregí dentro de 10 días; o
 - mi proveedor pierde los pagos por días ausentes por la autorización semanal porque yo no registré correctamente la asistencia por cada día que mi niño/a asistió ese mes.
- ponerme en contacto con mi trabajador social si no recibo un mensaje de “aprobación” en la máquina (POS) punto de servicio; y
- nunca entregar mi tarjeta EBT o número de identificación personal (PIN) a nadie, inclusive a mi proveedor del cuidado infantil.

Firma para todos los programas

- Mi firma en esta forma puede ser usada en cualquier otra forma requerida para completar esta solicitud para los beneficios.
- Mi firma autoriza el uso de mi (nuestros)n úmero(s) de Seguro Social para el programa por el cual he solicitado, inclusive la Imposición del Sustento Económico para los Niños Menores.

- Mi firma autorizar la entrega de cualquier información necesaria, documentos, o formas al OKDHS por parte de individuos, negocios, escuelas, instituciones bancarias, agentes de data, organizaciones publicas o privadas, agencias estatales de Oklahoma, inclusive declaraciones de impuestos personales y/o de negocio de la Comisión de Impuestos de Oklahoma, o agencias federales para determinar mi elegibilidad para la asistencia o para determinar la exactitud de cualquier pago a los vendedores de parte mía.

Yo declaro bajo la pena de perjurio que toda la información que entregué al OKDHS para completar esta solicitud es verídica y correcta y que estoy de acuerdo con todos los derechos y responsabilidades demostrados.

Firma del solicitante (nombre tal como está en la tarjeta del Seguro Social) <input type="checkbox"/> o persona solicitando de parte del solicitante <input type="checkbox"/>	Fecha
---	-------

Firma del cónyuge cuando solicita para TANF, si se aplica
 Llenar por completo cuando un solicitante **no puede leer o escribir, es ciego/a, o firma con una marca.**

Yo he oído que toda la información contenida en esta forma ha sido leída al beneficiario y he atestado la firma/marca de arriba.

Testigo:

Firma	Fecha
Firma	Fecha

El OKDHS ha asegurado el cumplimiento con las Normas del Departamento de los Servicios Humanos y de la Salud (DHHS), Título 45, Código de las Normas Federales, Parte 80 (que implementa la Ley Pública 88-352, Decreto de los Derechos Civiles de 1964, Sección 601), Parte 84 (que implementa la Ley Pública 93-112, Decreto de la Rehabilitación de 1973, Sección 504), y Parte 90 (que implementa la Ley Pública 94-135, Decreto de la Discriminación de Edad de 1975, Sección 301, y la póliza del Departamento de Agricultura de E.E.U.U. (USDA)). Estas leyes y normas prohíben al OKDHS de excluir de la participación en, negar los beneficios de, o discriminar bajo cualquier programa o actividad recibiendo la asistencia financiera federal a cualquier persona basado en la raza, religión, creencias políticas o a cualquier persona calificada basado en su incapacidad, o al menos que la legislación que forma el programa lo permite en base de la edad. Bajo estos requisitos, el pago no se puede hacer a los vendedores que proporcionan el cuidado y/o los servicios bajo los programas apoyados Federalmente y dirigidos por el OKDHS al menos que dicho cuidado y/o los servicios son proporcionados sin discriminación en base de raza, genero, color, origen nacional, religión, creencias políticas, incapacidad, o sin distinción en base de edad excepto si es legislativamente permitido o requerido. Los reclamos por escrito sobre la falta de cumplimiento con cualquiera de estas leyes deben ser entregados al Director de los Servicios Humanos (Director of Human Services, P.O. Box 25352, Oklahoma City, Oklahoma 73125), o la Secretaria del DHS, Director, Oficina de los Derechos Civiles (Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20250-9410). Los reclamos con respecto a los benéficos alimenticios también deben de llamar al 202-720-5964 (voz y telecomunicaciones para los sordos (TDD)). USDA es un proveedor y empleador de oportunidad por igual.

OKDHS routing information: The original is filed in the case record. Upon request, a copy is given to the client.