

## Apéndice de la Solicitud/Registro para Wisconsin Works (W-2) Services, Caretaker Supplement (CTS), Child Care Assistance, Medicaid/Healthy Start, y FoodShare Wisconsin

Lea atentamente la siguiente información. Consulte sus dudas acerca de cualquier información que no entienda. Este formulario es parte de su solicitud; usted puede pedir a su trabajador una copia de la solicitud. Mantenga este Apéndice junto a sus documentos importantes y revíselos cuando ocurra algún cambio.

### NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

Comprendo los requisitos para notificar cambios que aparecen abajo:

#### **Wisconsin Works (W-2), Caretaker Supplement, y Elderly, Blind and Disabled Medicaid**

Se notificará a la agencia **dentro de los 10 días**:

- Cualquier cambio en los ingresos o bienes de cualquier miembro de mi grupo familiar, y
- Cualquier otro cambio en la información que he suministrado en mi solicitud la cual su reporte es requerido en el folleto "Derechos y Responsabilidades" o en el formulario de Notificación de Cambio de Medicaid.
- Comprendo que debo informar dentro de los cinco (5) días si algún niño incluido en mi W-2 o mi grupo *Caretaker Supplement* ya no está bajo mi cuidado y custodia.

#### **Family Medicaid**

Se notificará a la agencia **dentro de los 10 días**:

- Cualquier cambio en los **ingresos** de cualquier miembro de mi familia, Y
- Cualquier otro cambio en la información que he suministrado en mi solicitud que sea requerida en el formulario de Notificación de Cambio de Medicaid.

#### **FoodShare Wisconsin**

Si todos los miembros de la familia son adultos mayores, ciegos o incapacitados y ninguno de ellos tiene ingresos devengados, informe a la agencia dentro de los 10 días:

- Cualquier empleo nuevo.
- Aumento en el total de ingreso por sustento de menores de más de \$100 por mes.
- Aumento en el total de otros ingresos no percibidos por sustento de menores de más de \$50 por mes.
- Aumento en los bienes que resulte en un total de bienes superiores a \$3000.
- Si alguna persona se muda al hogar o se va de él.
- Cambios de domicilio y su consiguiente impacto en los gastos de vivienda.
- Cualquier cambio en la obligación legal en el pago de sustento de menores.

Todo otro beneficiario de *FoodShare* deberá informar a la agencia no mas tarde del día 10 del mes siguiente a los cambios producidos en:

- Total de Ingresos brutos por mes que excedan el 130% del Nivel Federal de Pobreza para el número de miembros de la familia reportado:

Cantidad de personas que viven en el hogar	130% FPL	Cantidad de personas que viven en el hogar	130% FPL
1	\$ 1,062	6	2,904
2	1,430	7	3,272
3	1,799	8	3,640
4	2,167	9	4,009
5	2,535	10	4,378

Comprendo que por cada programa en el que no notifique los cambios, puedo ser juzgado por fraude y/o seré responsable por el reembolso de cualquier beneficio que reciba por error. Para notificar un cambio, comprendo que puedo utilizar el formulario de Notificación de Cambio o bien puedo ponerme en contacto con mi trabajador por teléfono, personalmente o por escrito.



### **Child Care Assistance**

Se informará a la agencia autorizante **dentro de los 10 días** acerca de:

- Cualquier cambio en los ingresos de cualquier miembro de mi familia.
- Cualquier otro cambio en la información que yo haya suministrado en mi solicitud y que sea requerida en el folleto "Derechos y Responsabilidades"
- Cualquier cambio en el horario solicitado para el cuidado de niños.
- Cualquier cambio en el proveedor de cuidado de niños.
- Cuando cualquier miembro de mi familia haya terminado un empleo.

### **WISCONSIN WORKS (W-2) SERVICES**

Comprendo que el W-2 es un programa de empleo que ofrece ubicación en un puesto de trabajo. Si no puedo trabajar tiempo completo, puedo ser asignado a otras tareas dentro de mis capacidades y responsabilidades familiares.

Comprendo que si ya estoy empleado o buscando empleo, el programa W-2 puede ayudarme a cubrir los costos del cuidado de niños o bien obtener un *Job Access Loan*. El programa W-2 fomenta la búsqueda de empleo por mi cuenta y me brinda servicios de administración de casos que me ayudarán a encontrar un empleo. Comprendo que debo realizar las tareas que me fueron asignadas mientras mi solicitud esté en trámite y presentar otros formularios de ayuda tales como el *Unemployment Insurance* o el *Supplemental Security Income* (SSI) según se requiera. Si recibo la aprobación para un puesto de trabajo del programa W-2, mi asignación estará determinada por mis antecedentes laborales y mi disponibilidad para el empleo. Comprendo que mi pago en el programa W-2 podrá ser reducido o eliminado si rechazo o pierdo horas asignadas sin una causa justa. **Comprendo que mi pago en el programa W-2 estará limitado a un período de 60 meses durante mi vida.** Comprendo que puedo consultar el Acuerdo de Participación en el Programa W-2 para obtener más información sobre los requisitos para participar en el programa W-2.

### **W-2 LEARNFARE**

Comprendo que para poder acceder al programa W-2, los niños entre 6 y 17 años estarán sujetos a *Learnfare*. *Learnfare* exige que mi(s) hijo(s) esté(n) inscrito(s) en la escuela. Además, todo niño que falte habitualmente a clase, que abandone los estudios, que sea padre menor de edad, o que no haya sido inscrito en la escuela deberá participar en los servicios de administración de casos de *Learnfare*. El incumplimiento del requisito de inscripción escolar o del requisito obligatorio de administración de casos sin una causa justa, dará lugar a la imposición de una multa de \$50 por niño y por mes. La multa máxima será de \$150 por grupo familiar y por mes. Comprendo que puedo remitirme al Acuerdo de Participación en el Programa W-2 para obtener más información sobre los requisitos para participar en el programa *Learnfare*.

### **FOODSHARE EMPLOYMENT AND TRAINING PROGRAM**

Comprendo que al firmar esta solicitud, quedo inscrito junto con todas las personas que conforman mi grupo de *FoodShare* en el *FoodShare Employment and Training Program*. Comprendo que puedo consultar la Guía de Elegibilidad y Beneficios para Participantes del *Wisconsin Food Stamp Program* para obtener más información.

- Cualquier persona de mi grupo de *FoodShare* que según las leyes federales o estatales deba participar en el *FoodShare Employment and Training Program* será remitida al programa. Si está exenta, no se le exigirá que participe del programa.
- Se me notificará si alguna de las personas de mi familia es remitida al *FoodShare Employment and Training Program*.
- Toda persona de mi grupo de *FoodShare* a quien no se le exija participar en el *FoodShare Employment and Training Program* podrá hacerlo voluntariamente informando al trabajador.
- Si alguna de las personas a quienes se exige que participen en el *FoodShare Employment and Training Program* no lo hace o se niega a hacerlo sin una causa justa, el beneficio de *FoodShare* podrá ser reducido o eliminado.

### **CIUDADANÍA**

Yo y todas las personas de mi familia que solicitamos ayuda somos ciudadanos o nacionales de los Estados Unidos o bien gozamos de una condición migratoria satisfactoria. Comprendo que la condición migratoria de cualquier persona de mi grupo familiar que solicite beneficios será verificada por el *Bureau of Citizenship and Immigration Services* (BCIS). La información del BCIS podrá afectar la elegibilidad de las personas de mi grupo familiar y el alcance de los beneficios. La condición migratoria no será verificada por el BCIS en aquellas personas de mi grupo familiar que no soliciten asistencia.

### **COLABORACIÓN CON EL SUSTENTO DE MENORES**

Comprendo que debo colaborar con el *Child Support Agency* ayudando a localizar a padres ausentes, en la designación legal del padre ausente y/o haciendo cumplir sentencias de sustento de menores si estoy solicitando W-2, *Child Care Assistance*, *FoodShare Wisconsin*, *Caretaker Supplement* o *Medicaid* para un niño con padre ausente. Mi falta a colaborar con el *Child Support Agency* sin causa justa puede causar la finalización o reducción de los beneficios.

## OTRAS COBERTURAS MÉDICAS

Comprendo que como condición para acceder a *Medicaid*, debo notificar a la agencia acerca de terceros que puedan ser responsables por el pago de atención médica para mí y para mi familia. Debo cooperar suministrando la información requerida. Esto incluye también cualquier seguro que esté disponible a través de un padre ausente o seguro de salud colectivo.

## REEMBOLSO DE MEDICAID

Comprendo que la ley estatal de Wisconsin establece el reembolso de determinados beneficios de *Medicaid* que reciba mientras tenga 55 años o más y resida en la comunidad. Comprendo que la ley establece asimismo el reembolso de todos los beneficios de *Medicaid* que reciba mientras esté internado en una institución de cuidados médicos o en un hospital durante 30 días o más. Comprendo además que bajo ciertas circunstancias se podrá establecer un derecho de embargo sobre mi hogar por los beneficios que reciba mientras esté internado en una casa de cuidados si es probable que no regrese a casa y mi cónyuge (o hijos menores/discapacitados) no vivan en ella.

## WISCONSIN WORKS (W-2) FACT FINDING

Comprendo que puedo solicitar por escrito un *Fact Finding* escribiendo a la agencia W-2 si no estoy de acuerdo con la decisión con respecto a mi solicitud para el programa W-2, la colocación en un puesto de trabajo del programa W-2, otros servicios vigentes del programa W-2, el resarcimiento por sobrepago o Asistencia para Emergencias. Comprendo que debo solicitar el *Fact Finding* dentro de los 45 días a partir de la fecha de notificación de la decisión o dentro de los 45 días de la fecha efectiva de la decisión, cualquiera que sea posterior. Un *fact finder* del programa W-2 concertará una cita para revisar la medida y me enviará una decisión por escrito. La agencia W-2 está también disponible para atender las inquietudes referidas a la Igualdad de Oportunidades en el Empleo y otros servicios.

## AUDIENCIA IMPARCIAL

### **MEDICAID, FOODSHARE WISCONSIN, CARETAKER SUPPLEMENT, y CHILD CARE**

Comprendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión de la agencia con relación a sobrepago, mi solicitud, o los beneficios vigentes de *Medicaid*, *Caretaker Supplement*, *FoodShare* o *Child Care Assistance*. Comprendo que para solicitar una audiencia imparcial tengo que escribir a: *Division of Hearings and Appeals*, P. O. Box 7875, Madison, WI 53707-7875. Asimismo puedo comunicarme con la oficina donde he presentado mi solicitud y pedir asistencia completando una solicitud de audiencia imparcial. Comprendo que puedo consultar el folleto *Fair Hearing* o a mi Notificación de Decisión para obtener más información sobre el proceso de audiencia imparcial.

## USO DEL SOCIAL SECURITY NUMBER/ DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Comprendo que brindar la información requerida en esta solicitud, incluyendo el *Social Security Number (SSN)* de cada miembro de mi familia es un acto voluntario. Comprendo que debo, conforme a las leyes federales\*, de brindar a la agencia los SSN de todos los miembros de mi familia que estén solicitando beneficios. La falta a brindar los *Social Security Numbers* de aquellas personas que presenten una solicitud puede ocasionar la negación de los beneficios. Todos los *Social Security Numbers* que sean informados serán utilizados y divulgados de la misma manera que aquellos pertenecientes a los miembros de mi familia que sean elegibles.

Mi SSN, así como también toda otra información que brinde a la agencia, está sujeta a verificación de los funcionarios federales, estatales y locales para los *FoodShare Wisconsin*, *Medicaid*, *W-2*, *ChildCare*, *Refugee Cash Assistance*, y *Caretaker Supplement Programs* y otros programas federales y estatales de asistencia tales como el *School Lunch Program*. Para la verificación, se utiliza el *Income and Eligibility Verification System* y otros programas computarizados de concordancia. El programa computarizado de concordancia se utiliza para corroborar la información con *Internal Revenue Service*, *Social Security Administration*, *Unemployment Insurance Division*, y el *Department of Transportation*. Asimismo el organismo puede someter esta información al *Bureau of Citizenship and Immigration Services* y otros organismos para su verificación. Los SSN se utilizan también para verificar la identidad de los miembros de mi familia a través de programas de revisión o auditorías para evitar la doble participación, y para asegurarse que mi familia es elegible para recibir ayuda. La oficina puede ponerse en contacto con los empleadores de los miembros de mi familia, instituciones bancarias o terceros.

Comprendo que la información suministrada en esta solicitud será utilizada para determinar si los miembros de mi familia son elegibles o continúan siendo elegibles para participar en estos programas de ayuda. Esta información será corroborada por medio de programas computarizados de concordancia. También será utilizada para controlar el cumplimiento de las normas del programa y su administración. Esta información podrá ser divulgada a otros organismos federales y estatales para su inspección oficial.

**Comprendo que suministrar a con conocimiento un SSN u otra información falsa puede dar lugar a una acción civil o penal y/o a un sobrepago de beneficios que deberé rembolsar.**

**Comprendo que en caso de necesitar ayuda para solicitar un SSN para mí o para alguna persona de mi grupo familiar, puedo ponerme en contacto con el organismo de empleo.**

\*42 U.S.C. 1320b-7; 7 CFR 273.6; and the Food Stamp Act of 1977 as amended, 7 U.S.C. 2011-2036

### **DELITO RELACIONADO CON DROGAS/EVASORES DE LA JUSTICIA**

Comprendo que debo informar a mi trabajador si he sido condenado por un delito relacionado con drogas que haya ocurrido en o antes del 08/22/96. Si me niego a brindar esta información, se me podrán denegar los servicios del programa W-2 y/o los beneficios de *FoodShare*. Si he sido condenado por un delito grave relacionado con drogas y se me coloca en un *Community Service Job o W-2 Transition*, o si estoy solicitando beneficios de cupones de alimentos, deberé someterme a una prueba de detección de drogas. Si mi prueba de detección de drogas resulta positiva mis beneficios podrán ser reducidos. Si me niego a someterme a una prueba de detección de drogas, se me podrá declarar no apto para acceder a los servicios W-2 y/o beneficios de *FoodShare*.

Los evasores de la justicia o transgresores de la libertad condicional o vigilada no son elegibles para los *FoodShare* y *W-2 Programs*.

Comprendo que la información suministrada en esta solicitud podrá ser entregada a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley con el fin de capturar a las personas que sean evasoras de la justicia.

### **SOBREPAGOS**

Comprendo que deberé devolver cualquier pago de los programas W-2, *Child Care Assistance, Caretaker Supplement o FoodShare* que reciba por error sin importar que haya sido ocasionado por mi culpa o no, o bien por un error cometido por el organismo.

Comprendo que debo devolver el beneficio de *Medicaid* que reciba por error bajo ciertas circunstancias.

Comprendo que si se presenta una demanda de *FoodShare* contra mi familia, la información contenida en la presente solicitud, incluso todos los *Social Security Numbers*, podrá ser remitida a organismos federales y estatales, así como también a entidades privadas de cobro y reclamo en caso de acciones legales por cobro.

### **ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELATIVAS A W-2**

Comprendo que cualquier miembro de mi familia que viole intencionalmente cualquiera de las siguientes normas con el propósito de ser o seguir siendo elegible para acceder al programa W-2 o para incrementar la cantidad de los pagos de W-2 para la familia, puede causar la reducción o eliminación de los servicios W-2 y dar lugar a una acción civil o penal. Si se descubre que he brindado una información o declaración fraudulenta sobre mi identidad y residencia a fin de recibir más de un beneficio al mismo tiempo, no podré tener acceso al programa por un plazo de 10 años. Después de tres violaciones intencionales al programa ocurran, todo mi grupo de W-2 será eliminado en forma permanente del programa W-2. También, comprendo que también podré ser acusado de fraude si brindo declaraciones falsas en forma intencional para recibir pagos y seré responsable por el reembolso de los beneficios que haya recibido por error.

NO realice declaraciones o acciones falsas o engañosas.

NO tergiversar u ocultar hechos.

NO actúe de manera tendiente a falsear, tergiversar u ocultar hechos.

### **ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELATIVAS A FOODSHARE**

**Comprendo que cualquier miembro de mi familia que intencionalmente viole alguna de las normas mencionadas a continuación podrá ser eliminado del Programa *FoodShare* por un período de 12 meses después de la primera infracción, por un período de 24 meses en caso de una segunda infracción o de la primera si involucra sustancias controladas y permanentemente en caso de una tercera infracción. Tales acciones son:**

- **Suministro de información falsa o el encubrimiento de información para obtener beneficios de *FoodShare*,**
- **Intercambio comercial, la venta o alteración de los beneficios de *FoodShare*,**
- **Uso de los beneficios de *FoodShare* para la compra de artículos no alimenticios, como alcohol o tabaco, o**
- **Uso de los beneficios de *FoodShare*, la tarjeta de identificación o cualquier documentación de otra persona.**

**Según el valor de los beneficios utilizados incorrectamente, el individuo podrá, además, ser multado por un valor de hasta \$250,000, encarcelado por un período de hasta 20 años o ambas cosas. Además, una corte podrá denegarle el acceso al programa por un plazo adicional de 18 meses. Asimismo, quedará descalificado**

legalmente de por vida si se lo condena por tráfico de beneficios de cupones de alimentos por un valor de \$500 o superior. Si se descubre que usted ha informado o declarado fraudulentamente sobre su identidad y residencia a fin de recibir más de un beneficio al mismo tiempo, no podrá tener acceso al programa por un plazo de 10 años.

Todo miembro de su familia que haya utilizado o recibido beneficios que involucren la venta de cualquier sustancia controlada no será elegible por 24 meses en caso de una primera infracción y, en caso de reincidencia, no será elegible de por vida. Todo miembro de su familia que haya utilizado o recibido beneficios que involucren la venta de armas de fuego, municiones o explosivos no será elegible desde el momento de la primera infracción.

### DECLARACIÓN ANTIDISCRIMINATORIA

Conforme a la ley federal y a las políticas del U.S. Department of Agriculture y del U.S. Department of Health and Human Services (HHS), esta institución tiene prohibido discriminar por razones de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Bajo la política del Food Stamp Act y el USDA, también se prohíbe la discriminación en base a la religión o ideas políticas.

Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con USDA o HHS. Escriba a:

USDA  
Director, Office of Civil Rights  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410  
o llame al (800) 795-3272 (voz)  
o al (202) 720-6382 (TTY)

O bien a:

HHS  
Director, Office for Civil Rights,  
Room 506-F  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
o llame al (202) 619-0403 (voz)  
o al (202) 619-3257 (TTY)

USDA y HHS son empleadores y proveedores de servicios que brindan igualdad de oportunidades.

El Department of Workforce Development y el Department of Health Family Services son empleadores y proveedores de servicios que brindan igualdad de oportunidades. Si usted tiene alguna discapacidad, tiene derecho a solicitar esta información a través de un intérprete del lenguaje de señas o de cualquier otra forma alternativa. Si usted no habla inglés, tiene derecho a solicitar un intérprete o esta información traducida a otro idioma. Para Medicaid, FoodShare and Caretaker Supplement, por favor llame al: (608) 266-3465 o (888) 701-1251 TTY. For W-2, Child Care, Child Support y FSET, por favor llame al: (608) 266-0327 o (866) 275-1165 TTY (llamada gratis).

Si tiene preguntas acerca de los derechos civiles con relación a Medicaid, FoodShare and Caretaker Supplement, llame al (608) 266-9372 o (888) 701-1251. Para preguntas de derechos civiles con relación a W-2, Child Care, Child Support and FSET, por favor llame al (608) 266-6889 o (866) 864-4585, TTY (llamada gratis).

