

El Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) ayuda a las personas que no tienen o tienen poco dinero a comprar alimentos para comidas saludables en las tiendas que participan en el programa. Los beneficios de SNAP aumentan el poder de una unidad familiar para comprar alimentos cuando se agregan al dinero de la unidad familiar.

Una unidad familiar (*household*) significa cualquier persona, familia o grupo de personas que viven, compran y comen las comidas conjuntamente. Cualquier unidad familiar que reúna los criterios básicos de ingresos y otros criterios podría calificar para recibir beneficios de SNAP.

Para solicitar SNAP:

- **Llame al 1-855-306-8959; o**
- **Inicie su solicitud en Internet en <https://benefind.ky.gov/>; o**
- **Visite su oficina local del DCBS para solicitar en persona; o**
- **Imprima en papel la solicitud que aparece en la próxima página, llénela y entréguela en su oficina local del DCBS, o envíela por correo a: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602**

Si le es difícil comunicarse con nosotros porque no habla inglés o tiene alguna discapacidad, por favor háganos saber.

Ayuda gratis con el idioma u otras ayudas y servicios están disponibles al solicitarlos.

Si solicita en Internet o imprime una solicitud de Internet para entregar, se necesita hacer una entrevista antes de poder procesar la solicitud. La ubicación y dirección postal de cada oficina de Apoyo a Familias aparecen [aquí](#). Los beneficios empezarán a partir de la fecha en que se recibe su solicitud.

Su unidad familiar puede nombrar a alguien para ser su representante autorizado y actuar en nombre de usted a la hora de completar la entrevista para los beneficios de SNAP y usar sus beneficios para comprar alimentos para su unidad familiar.

Si su unidad familiar necesita ayuda inmediatamente, es posible que reciba los beneficios de SNAP en unos pocos días después de solicitarlos, si:

- El alquiler/la hipoteca y los gastos de los servicios de la vivienda de su unidad familiar son más de su ingreso bruto mensual; o
- El ingreso bruto mensual de su unidad familiar es menos de \$150 y recursos, tales como dinero en efectivo o cuentas bancarias, tienen un total de \$100 o menos; o
- Su unidad familiar incluye miembros que son trabajadores agrícolas migrantes o de temporada en situación de indigencia.

Los solicitantes al programa SNAP tienen el derecho de:

- Entregar la solicitud de SNAP el mismo día que usted se comunica con el DCBS para solicitar.
- Ser notificado si el SNAP es aprobado o negado en el plazo de 30 días a partir del momento en que hace la solicitud.
- Recibir beneficios de SNAP en unos pocos días si usted califica, no tiene o tiene poco dinero, y reúne ciertos criterios de ingresos.
- Pedir una audiencia imparcial, si usted está en desacuerdo con cualquier acción que se toma en su caso.

Para más información acerca de SNAP, comuníquese con el DCBS al 1-855-306-8959.

De acuerdo con las leyes Federales de los derechos civiles y los reglamentos y política de los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar a base de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, así como llevar a cabo represalias o acciones vengativas en el marco de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA debido a alguna actividad en el pasado relacionada con los derechos civiles.

Las personas con discapacidades que necesitan de medios de comunicación alternativos para acceder a información del programa (p. ej. Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben ponerse en contacto con la entidad (ya sea estatal o local) a la que acudieron para solicitar los beneficios. Las personas sordas, con problemas auditivos o dificultades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal llamando al (800) 877-8339. Asimismo, es posible que se pueda acceder a información del programa en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, llene el formulario [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (AD-3027), que se puede encontrar en Internet en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información pedida en el formulario. Para pedir una copia de formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Entregue el formulario llenado o la 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.

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

También puede enviar su queja a: Cabinet for Health and Family Services, Office of Human Resource Management, EEO Compliance Branch, 275 East Main Street, 5C-D, Frankfort, Kentucky 40621 o llame al (502) 564-7770 extensión 4107.

Si tiene otras quejas acerca de su caso de SNAP, puede llamar a la oficina del Defensor del Pueblo (*Ombudsman*) al 1-800-372-2973 o (TTY) 1-800-627-4702.

Si no está de acuerdo con algo que **hemos hecho** en su solicitud de SNAP, usted puede pedir una audiencia **en el plazo de 90 días** a partir de la fecha en que usted recibe un aviso de nosotros acerca de su solicitud de SNAP. Para pedir una audiencia:

Llame al 1-855-306-8959; **○**

Escriba la razón por la que solicita una audiencia, firme y feche el papel, y: Entréguelo en cualquier oficina del DCBS; **○**

Envíelo por correo a:

Cabinet for Health and Family Services
Division of Administrative Hearings
Families and Children Administrative Hearings Branch
105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, KY 40601

Solicitud para el Programa SNAP

¿Qué es SNAP?

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) es un programa que le ayuda a comprar alimentos para una buena salud.

¿Cómo puedo obtener los beneficios del programa SNAP?

Paso 1. Llene una solicitud.

Cualquier persona puede llenar una solicitud. Conteste tantas preguntas como usted pueda. **Si usted está solicitando los beneficios de SNAP y no puede llenar todas las 8 páginas de la solicitud hoy, asegúrese de llenar esta hoja, firmarla y entregarla. Llene y entregue el resto de la solicitud (páginas 2-8) lo más pronto que pueda.**

Paso 2. Devuélvanos la solicitud.

Usted puede enviar su solicitud por fax al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS, por sus siglas en inglés) o enviarla por correo a la siguiente dirección: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602. O, usted puede entregar su solicitud en la oficina local del DCBS cuando ésta esté abierta. Cuando recibamos su solicitud, usted recibirá instrucciones para completar una entrevista. Usted tiene el derecho de saber pronto si recibirá beneficios o no. **El día en que recibamos esta página con su nombre, dirección y su firma comienza el plazo de tiempo que tenemos para determinar si usted es elegible para los beneficios de SNAP. También, esta es la fecha de inicio de sus beneficios de SNAP si usted es elegible para ellos.**

Paso 3. Hable con nosotros.

En la entrevista, usted tiene que mostrarnos:

- Verificación de quién es usted, tales como su licencia de conducir, tarjeta de Seguro Social o documentos de inmigración; ***Ver el aviso en la página 3 acerca de proporcionar su número de Seguro Social.**
- Verificación de quiénes viven en su hogar, tales como un contrato o una declaración por escrito;
- Verificación de que usted vive en Kentucky;
- Verificación de costos de cuidado infantil o manutención infantil pagada; y
- Verificación de dinero que usted ha recibido en los últimos 60 días, incluyendo cualquier talón de cheque.

***Si usted no puede traer todo esto, acuda a su entrevista de todos modos. Nosotros le ayudaremos.**

Díganos acerca de usted

Nombre Legal:

_____ (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____ (Número de Seguro Social)
_____/_____/_____
(Fecha de nacimiento) _____ (Dirección postal) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal)
(mes / día / año)

Condado de domicilio _____ Número de teléfono (____) _____ Suyo Cercano

Si su dirección de domicilio es diferente a la dirección postal, escríbala abajo:

(Dirección) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal)

Firma/Marca (X)

Testigo (Si está firmado con una X)

La fecha de hoy

/ /

Lenguaje hablado: _____ Lenguaje escrito: _____

¿Es limitado su dominio del inglés? Sí No

Podemos conseguir un intérprete sin cargo alguno para su entrevista si usted tiene dificultades para hablar inglés. ¿Necesita usted un intérprete durante la entrevista? Sí No Si responde sí, ¿en qué idioma? _____

¿Necesita ayuda para una comunicación efectiva? Sí No Si responde sí, favor de seleccionar todas las que correspondan:

**Si necesita ayuda para llenar este formulario, comuníquese con su oficina local del DCBS. Usted puede encontrar información acerca de su oficina local al: https://prd.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx*

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Tenemos que usar los ingresos y activos de ellos para determinar si el resto de los miembros del hogar pueden obtener beneficios de SNAP. Usted no tiene que presentar los documentos de inmigración de las personas para quienes no quiere solicitar los beneficios de SNAP. Verificamos el estatus de inmigración de los inmigrantes para quienes usted solicita a través del Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para Recibir Beneficios que es administrado por la USCIS. La información que recibimos podría afectar sus beneficios de SNAP.

Datos acerca de los números de Seguro Social

Usted puede elegir entre presentar o no el número de Seguro Social de cada una de las personas en su hogar. Podemos proporcionarles beneficios de SNAP solamente a las personas que presenten su número de Seguro Social o que pueden comprobar que ellos han solicitado un número de Seguro Social. Usted no tiene que presentar el número de Seguro Social de las personas por las que usted no quiere recibir beneficios de SNAP.

Usted no será discriminado

De acuerdo con las leyes federales y las políticas y normativas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus dependencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en programas de USDA o están a cargo de la administración de programas de este tipo, tienen prohibido discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, así como llevar a cabo represalias o acciones vengativas en el marco de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA debido a alguna actividad en el pasado relacionada con los derechos civiles.

Las personas con discapacidades que, para acceder a información del programa, necesitan de medios de comunicación alternativos (p. ej. Braille, letra grande, cassette de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.) deben ponerse en contacto con la entidad (ya sea estatal o local) a la que acudieron para solicitar los beneficios. Las personas sordas, con problemas auditivos o dificultades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal llamando al (800) 877-8339. Asimismo, es posible que se pueda acceder a información del programa en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja de discriminación, llene el Formulario de Quejas de Discriminación del Programa de USDA, (AD-3027), que puede encontrar en la siguiente dirección de Internet, http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y que contenga toda la información que aparece en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno a USDA por las siguientes vías:

- (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) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo-e: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Díganos acerca de las personas en su hogar

Para los beneficios de SNAP, un hogar es una persona o grupo de personas que viven juntos y además compran y preparan la comida juntos. Las personas del grupo no tienen que ser familiares. **Las siguientes personas, si viven juntas, tienen que ser consideradas dentro de un hogar que recibe SNAP aunque no compren ni preparen la comida juntas:**

- Usted mismo y su esposo o esposa,
- Sus niños menores de 22 años (aun si ellos tienen sus propios niños),
- Cualquier padre de niños menores de 22 años,
- Otros niños menores de 18 años a quienes usted cuida, y
- Cualquier otra persona que compra y prepara la comida con usted.

Instrucciones:

En la tabla que aparece abajo, llene las casillas con la información de cada una de las personas que viven en su hogar. Si usted no quiere recibir beneficios para alguien, conteste "no" en la primera pregunta que aparece abajo y sólo llene las casillas para el nombre de la persona, su relación con usted, la fecha de su nacimiento y su número de seguro social.

Preguntamos por su etnicidad y raza para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin tener en cuenta la raza, el color o la nacionalidad, pero usted no tiene que responder. Su respuesta no afectará cuántos beneficios recibe o cuán rápido los recibe. **Si usted elige contestar, use los siguientes códigos:**

*** Origen étnico**

H = Hispano o Latino
N = No es Hispano ni Latino

****Raza (Seleccione todo lo que aplica)**

B = Negro o Afroamericano
W = Blanco
N = Nativo de Hawái/Nativo de otra Isla del Pacífico
A = Asiático
I = Nativo Americano o Nativo de Alaska

***Algunas personas tienen que acceder a inscribirse como solicitantes de empleo y puede que tengan que cumplir otras regulaciones de empleo/capacitación para poder recibir beneficios de SNAP. Le rogamos que indique si cada una de estas personas está de acuerdo con inscribirse. Nosotros le informaremos si las otras regulaciones de empleo/capacitación son de aplicación en el caso de alguno de los miembros de su hogar.

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

¿Está solicitando? Sí/No	¿Compran y preparan la comida juntos?	Primer nombre, inicial del segundo, apellido	Número de Seguro Social	Relación con usted	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	Sexo M o F	*Origen étnico	**Raza	Ciudadano Sí/No	***¿Accedió a inscribirse como solicitante de empleo? Sí/No
1.				Sí mismo	/ /					
2.					/ /					
3.					/ /					
4.					/ /					
5.					/ /					
6.					/ /					
7.					/ /					
8.					/ /					

¿Alguien tiene una tarjeta EBT de Kentucky? Sí No ¿Quién? _____

Enumere todos aquellos de 18 años de edad o mayor que están en la universidad o escuela vocacional: _____

¿Alguien recibe beneficios de SNAP de otro estado? Sí No ¿Qué estado? _____

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por dar información incorrecta sobre quién es usted o dónde vive con el fin de obtener o intentar obtener los beneficios de SNAP en más de un hogar a la vez desde el 8/22/96? Sí No ¿Quién? _____

¿Alguien es un criminal prófugo o un violador de la libertad condicional/bajo palabra? Sí No ¿Quién? _____

¿Alguien ha sido condenado por un delito grave de drogas desde el 8/22/96? Sí No ¿Quién? _____

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por la compra, venta o comercialización de más de \$500 en beneficios de SNAP desde el 8/22/96? Sí No ¿Quién? _____

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por comercializar los beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos desde el 8/22/96? Sí No ¿Quién? _____

¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado por comercializar los beneficios de SNAP por drogas después del 8/22/96? Sí No ¿Quién? _____

¿Qué gastos tiene su hogar?

Para obtener la mayor cantidad posible de beneficios de SNAP, díganos acerca de sus gastos. Si usted no informa o no entrega verificación de algún gasto esto será visto como una declaración de su hogar en la que usted manifiesta que no quiere recibir una deducción por los gastos que no han sido informados. En las líneas abajo díganos acerca de los gastos de su hogar.

Vivienda y servicios del hogar

Cuánto le **tocará pagar** a su hogar de los siguientes gastos:

Alquiler: \$ _____ por mes

Alquiler de lote: \$ _____ por mes

Hipoteca: \$ _____ por mes

Si usted paga impuestos o seguros **por separado** de su hipoteca, escriba las cantidades abajo:

Impuestos sobre propiedades: \$ _____ por _____

Seguro de propietario de una vivienda: \$ _____ por _____

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Marque la casilla que está al lado de las facturas de servicios para el hogar que usted tiene que pagar:

La luz/electricidad	Agua	Drenaje
Gas	Basura	
Teléfono	Cargos adicionales por parte del arrendador	
Otro, explique _____		

¿Alguna de las facturas de servicios para el hogar que usted paga es de la calefacción o el aire acondicionado? Sí No

¿Recibió usted en el pasado año ayuda del programa LIHEAP en su dirección actual? Sí No

Gastos Médicos

Si usted tiene gastos médicos, que no han sido pagados por el seguro, de alguien que está **discapacitado o que es mayor de 59 años de edad**, díganos. Estos gastos pueden ser facturas del doctor o del hospital, medicinas, transporte, primas del seguro de salud, u otros gastos médicos.

Quién paga: _____ Cantidad: \$ _____ por mes

Guardería

Si usted tiene gastos por el cuidado de un niño o de un adulto que vive con usted, díganos.

Quién recibe el cuidado: _____ Quién paga por el cuidado: _____

Cantidad: \$ _____ por mes

Manutención Infantil

Si alguien está pagando manutención infantil **ordenada por el tribunal**, díganos.

Quién paga: _____ Cantidad: \$ _____ por mes

Ayuda para pagar gastos

Si usted recibe ayuda para pagar alguno de sus gastos, díganos:

¿Qué gasto fue pagado?	¿Quién lo pagó?	¿Cantidad que se pagó?

¿Qué activos tienen las personas de su hogar?

Escriba la cantidad total de dinero que cada uno tiene en:

Dinero en efectivo \$ _____ Cuentas en bancos o cooperativas de ahorro (*credit unions*) \$ _____

Acciones, bonos, certificados de ahorro u otros activos \$ _____

¿Qué tipo de dinero reciben las personas de su hogar?

Escriba el nombre de la persona y la cantidad mensual. Si usted deja un espacio en blanco, para nosotros esto significa que no recibe ningún dinero de este tipo. Adjunte otra hoja si es necesario.

De dónde proviene el dinero	Quién recibe el dinero	Cantidad mensual	Empleador (si es aplicable)
Dinero derivado del trabajo antes de los impuestos (Bruto)			
Dinero derivado del trabajo antes de los impuestos (Bruto) Segundo trabajo			
Trabajo por cuenta propia o Trabajos irregulares			
Propinas			
Seguro Social o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			
Beneficios para los veteranos, Pensiones o Jubilación			
Desempleo o compensaciones a los trabajadores			
Manutención Infantil o Pensión para ex cónyuge			

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Verificaremos esta información por medio de programas informáticos que harán comparación de datos. Esta información también será utilizada para seguir el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la administración del programa.

Esta información puede ser revelada a otras agencias federales y estatales para exámenes oficiales, y a los oficiales encargados del cumplimiento de la ley con el propósito de detener a prófugos de la justicia.

Si un reclamo de SNAP surge en contra de su hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números de Seguro Social, pueden ser remitidos a las agencias federales y estatales, al igual que a las agencias privadas de cobro de reclamos, para la acción de cobro de reclamos.

Proporcionar la información pedida, incluyendo el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, si no proporciona el número de Seguro Social, tendrá como resultado la negación de los beneficios de SNAP para cada individuo cuyo número de Seguro Social no es proporcionado. Cualquier número de Seguro Social proporcionado será utilizado y revelado de la misma manera que los números de Seguro Social de miembros del hogar que son elegibles.

Verificamos lo que usted nos dice

Utilizamos sistemas informáticos para verificar los ingresos de su familia y para hacer comparaciones de los datos en sistemas de otras agencias tales como la Oficina de Empleo y Capacitación, el Servicio de Impuestos Internos y otras fuentes en las que se pueden hacer comparaciones. Si algo que usted nos ha dicho es diferente a lo que nos dice el sistema informático, verificaremos la información para determinar cuál es la información correcta. Es posible que verifiquemos su información al comunicarnos con su empleador, su banco u otras personas. Si alguna parte de esta solicitud es incorrecta, los beneficios de SNAP pueden ser negados y usted puede estar sujeto a las reglas de juicio criminal por proporcionar información incorrecta a sabiendas. La información que usted nos proporciona puede ser verificada por oficiales federales, estatales y locales para asegurar que la información es verdadera. Entre las informaciones que se pueden verificar están: el número de Seguro Social, empleo y salario, cantidades de dinero en cuentas bancarias, cantidades recibidas de otras fuentes como el Seguro Social o desempleo, y el estatus de inmigración.

Su firma y entendimiento

Entiendo:

- Las preguntas en esta solicitud y lo que puede suceder si oculto información o doy información incorrecta.
- Que tengo que proporcionar verificación de la información acerca de mi hogar.
- Que la oficina del Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS, por sus siglas en inglés) y la Unidad de Control de Calidad pueden comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener verificación de mis datos.
- Que la información que he proporcionado en la solicitud incluyendo la información relacionada con ciudadanía y estatus de inmigración está sujeta a verificación por oficiales federales, estatales y locales para determinar si la información es verdadera.
- Que como un solicitante de los beneficios de SNAP, se requiere que proporcione el número de Seguro Social de cada una de las personas que viven en mi hogar para quienes estoy solicitando beneficios. (Los números de Seguro Social y estatus de inmigración no tienen que ser proporcionados para los miembros del hogar que no están solicitando beneficios.)
- Que los números de Seguro Social serán usados para varias comparaciones estatales y federales a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés). Estas comparaciones de información incluyen, pero no están limitadas al, Seguro Social, IRS, SSI, Registros de Salarios, Seguro de Desempleo, Registros de Aplicación de Manutención Infantil y otras comparaciones proporcionadas bajo la autoridad de IEVS. Esta información puede ser verificada a través de contactos colaterales cuando se encuentran discrepancias. La información proporcionada por el sistema IEVS, después de verificarla, puede afectar la elegibilidad y la cantidad de beneficios.

Me comprometo a que:

- Todos los miembros de mi hogar requeridos al efecto cumplirán las regulaciones de empleo y capacitación.

Certifico, bajo pena de perjurio, que:

- Mis respuestas son correctas y completas de acuerdo a mis conocimientos.
- Mi respuesta acerca de ciudadanía o estatus de inmigración de cada persona que está solicitando beneficios es correcta.

Firma/Marca (X)	Testigo (Si está firmado con una X)	La fecha de hoy / /
-----------------	-------------------------------------	------------------------

¿Qué significan nuestros términos?

Utilizamos estos términos en la solicitud. Esto es lo que quieren decir:

Hogar	Una persona o grupo de personas que viven juntos y compran y preparan la comida juntos.
Control de Calidad	Una unidad del Departamento de Servicios para la Comunidad que revisa los casos de beneficios de SNAP para ver si están correctos. Si su caso es elegido, la unidad de Control de Calidad se comunicará con usted.

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

**Reglas del trabajo
y capacitación**

Algunas personas tienen que trabajar o asistir a capacitación para obtener beneficios de SNAP. Si este es su caso o el de otras personas en su hogar, le diremos. Tendrá que seguir las reglas sobre el trabajo y la capacitación para obtener los beneficios de SNAP.

Cómo obtener una audiencia

Usted puede solicitar una audiencia **dentro de 90 días** de la fecha en que reciba una notificación de nosotros sobre su solicitud de SNAP si no está de acuerdo con algo que **hemos hecho** a su solicitud o beneficios. Usted puede contar su versión de los hechos o traer a un amigo, familiar o abogado para que hable por usted en la audiencia.

¿Cómo solicito una audiencia?

Llame al 1-855-306-8959; **O**

Adjunte una hoja por separado para explicar su razón para solicitar una audiencia, fírmela y coloque la fecha, luego: Devuélvala a cualquier oficina de DCBS;

O

Devuélvala a: **Cabinet for Health and Family Services, Division of Administration Hearings, and Children Administrative Hearings Branch, 105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, Ky 40601**

Revelación opcional de información

¡Ayúdenos a ayudarle!

Usted no tiene que firmar esto, pero esto nos ayudará a obtener la información que necesitamos para ayudarle, sin tener que obtener su firma en solicitudes específicas.

Usted debe saber:

- Que es posible que necesitemos más información para decidir si usted puede recibir ayuda.
- Si necesitamos más información de usted, recibirá una carta en la que le informamos qué es lo que necesitamos y la fecha en la que debe entregarlo.
- Usted es responsable de obtener la información o de pedirnos que le ayudemos a obtenerla.
- Si usted no nos entrega la información o no pide ayuda antes de la fecha de entrega, su solicitud puede ser negada o su ayuda puede terminar.
- Es posible que podamos utilizar la revelación de información que aparece abajo para obtener la información que necesitamos. **Pero aun así tiene que proporcionar la información que le pedimos o tiene que pedir ayuda.**
- Es posible que adjuntemos una copia de esta autorización al formulario que utilizamos para solicitarle a otras personas u organizaciones (como su empleador) información específica y necesaria acerca de usted u otros miembros de su hogar.

Escriba su nombre claramente y firme abajo para darnos permiso para que obtengamos la información necesaria.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Por medio de la presente autorizo a cualquier persona u organización a proporcionarle al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad de Kentucky la información que requiere acerca de mí o acerca de otros miembros de mi hogar. Una copia de esta es tan válida como el original. Esta autorización no se aplica a la información de salud protegida. Esta autorización tiene una vigencia de 12 meses a partir de la fecha en que es firmada.

Su nombre (Por favor escriba claramente)

Firma o Marca

Testigo (si se firmó con una X)

Fecha