













































W-0016RRS  
(Rev. 1/23)

# Estado de Connecticut

## Departamento de Servicios Sociales

### Derechos y Responsabilidades

#### Para Todos los Programas (cont.)

Dar la información solicitada en los formularios es voluntario. Sin embargo, si no doy cierta información, los beneficios o servicios pueden ser denegados. Para SNAP, si no informo o compruebo cualquiera de los gastos enumerados, el DSS tratará esto como una declaración de que yo no quiero recibir una deducción por el gasto no declarado.

Yo colaboraré con el personal estatal y federal en las Revisiones de Control de Calidad.

#### Para el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)

Yo entiendo que el DSS administra el SNAP y que el DSS tiene 30 días a partir de la fecha de solicitud para procesarlo.

Yo notificaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) antes del día 10 del mes siguiente al mes en que mis ingresos aumenten por encima del 130% del nivel federal de pobreza para el tamaño de mi familia, cuando las horas de trabajo/capacitación de Adultos Aptos para Trabajar y sin Dependientes (ABAWD) disminuyen por debajo de 80 horas por mes o un promedio de 20 horas por semana, o cuando un miembro del hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar que exceden los \$4,250 de un solo juego.

**Si quiebro a propósito alguna de las reglas, me pueden prohibir recibir SNAP entre un año y permanentemente, puedo recibir una multa hasta de \$250,000, y/o hasta 20 años de encarcelamiento. También puedo estar sujeto a un proceso judicial bajo otras leyes federales y estatales aplicables, y también me pueden prohibir recibir SNAP por 18 meses adicionales, si el tribunal lo ordena.**

Mi solicitud o renovación y el recibo de mis beneficios de SNAP es una inscripción para un trabajo para mí y para todos los miembros de mi unidad de asistencia de SNAP, en edades comprendidas entre 16 y 59 años, que no están exentos.

Los solicitantes de empleo deben aceptar una oferta de trabajo a un salario igual al más alto salario mínimo federal o estatal, a menos que el trabajo no sea adecuado; proporcionar el estado del empleo o dar información sobre disponibilidad para trabajar con previa solicitud; y presentarse a un empleador si es referido por el DSS, un contratista del DSS o el Departamento de Trabajo de Connecticut, a menos que el empleo no sea adecuado. Quienes se inscriben para un trabajo no pueden renunciar voluntariamente a un empleo, ni reducir las horas de trabajo sin una buena causa, si están trabajando al menos 30 horas a la semana.

El incumplimiento de los requisitos de trabajo sin una buena causa puede resultar en las siguientes sanciones: 1ra violación: descalificado para recibir los beneficios de SNAP por 3 meses o hasta la fecha de cumplimiento; 2da violación y violaciones adicionales: descalificado por 6 meses o hasta la fecha de cumplimiento.

**Si quiebro una regla de SNAP a propósito o si me declaran culpable de comprar con SNAP un producto en un envase con depósito de devolución con la intención de obtener dinero desechando el producto y devolviendo el envase cambiándolo por efectivo, no soy elegible para obtener SNAP. La primera vez que quiebre una regla no podré obtener SNAP durante un año. La segunda vez no podré obtener SNAP durante dos años. La tercera vez no podré obtener SNAP nunca más.**

**Si me encuentran culpable de traficar beneficios de SNAP por \$500 o más, no podré obtener SNAP nunca más. Traficar con beneficios de SNAP significa venderlos en lugar de usarlos para comprar alimentos.**

No se me permite usar, ni tener en mi poder una tarjeta EBT que no sea la mía (a menos que yo sea un comprador autorizado de SNAP), ni permitir que otros usen mi tarjeta (a menos que sea un comprador autorizado de SNAP).

**Si me declaran culpable de comprar o intercambiar una sustancia controlada, o recibir beneficios SNAP como pago por una sustancia controlada, la primera vez que quiebre esta regla no podré obtener SNAP durante 24 meses, y la segunda vez no podré obtener más SNAP.**

**Si me hallan culpable de comprar o intercambiar armas de fuego, municiones o explosivos, o recibir beneficios de SNAP como pago por armas de fuego, municiones o explosivos, no podré obtener SNAP nunca más.**

**Si soy declarado culpable de asesinato, abuso sexual agravado, explotación sexual y otros abusos de niños, agresión sexual o delito sustancialmente similar, no podré obtener SNAP nunca más.**

**Si uso indebidamente una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), es posible que no reciba más SNAP. También me pueden multar hasta \$250,000 o encarcelarme hasta 20 años, o ambos. El mal uso de una tarjeta EBT significa alterar, vender o intercambiar una tarjeta, usar la tarjeta de otra persona sin permiso, o intercambiar beneficios.**

No se me permite comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o cigarrillos, ni comprar alimentos a crédito. Entiendo que esto es un mal uso intencional de una tarjeta EBT y podría resultar en una descalificación.

**Si hago una declaración falsa sobre la identidad o la dirección mía o de los miembros de mi hogar para obtener más de un beneficio de SNAP durante el mismo período, no podré obtener SNAP durante 10 años.**

Si surge un reclamo de SNAP contra mi hogar, la información en los formularios que yo presento ante el DSS, incluyendo todos los números de Seguro Social, puede ser referida a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de reclamo de cobros para la acción de cobro de reclamos.

El Estado debe procesar las solicitudes de SNAP de acuerdo con los procedimientos de SNAP, incluyendo los requerimientos de puntualidad, notificación y Audiencia Imparcial. A un hogar no se le pueden negar los beneficios de SNAP únicamente porque se le hayan negado los beneficios de otros programas.

#### Tus Derechos

**Usted tiene derecho a:**

Que se acepte su solicitud firmada el mismo día que la presente en el DSS durante el horario laboral. Si presenta una solicitud fuera del horario de trabajo, incluidos los días festivos, se aceptará al siguiente día laborable.

Pedir a adulto que conoce su situación que presente la solicitud en lugar suyo, si usted no puede ir a la oficina local del DSS;

Obtener sus beneficios de SNAP dentro de los 30 días posteriores a su solicitud, si cumple con los requisitos de elegibilidad;

Conseguir el SNAP en un plazo de 7 días si tiene una necesidad inmediata y reúne los requisitos para recibir un servicio más rápido;

Recibir información por anticipado si el DSS va a disminuir o cancelar sus beneficios durante su periodo de certificación debido a un cambio en su situación;

Ver el expediente de su caso y recibir una copia de los reglamentos del SNAP; y

Tener una audiencia administrativa si cree que las normas no se han aplicado correctamente en su caso. En una audiencia administrativa, usted puede explicar a un funcionario de la audiencia por qué no está de acuerdo con lo que ha hecho el DSS.



**Guarde esta página 2 para sus registros**  
**No devuelve este formulario a DSS**



W-0016RRS  
(Rev. 1/23)

# Estado de Connecticut

## Departamento de Servicios Sociales

### Derechos y Responsabilidades

#### Para Jobs First / Dinero TFA

Yo, y todos los demás miembros del hogar de Jobs First/TFA a quienes se les pida que lo hagan, deben participar en los Servicios de Empleo a menos que exista una exención para esa persona.

El DSS puede realizar una visita al hogar sin haberla programado.

A mi pariente legalmente responsable se le puede facturar para que le pague al Estado por el efectivo que me pagó.

Si yo a sabiendas doy información falsa (errónea) al DSS sobre mí o sobre alguien para quien yo esté solicitando obtener beneficios de Jobs First/TFA, o para recibir una cantidad equivocada de dinero, no recibiré los beneficios durante 6 meses la primera vez que esto suceda, y no los recibiré durante 12 meses la segunda vez. Si ocurre una tercera vez nunca más podré obtener beneficios de Jobs First/TFA.

No utilizaré mi tarjeta EBT para realizar transacciones electrónicas de transferencia de beneficios en una tienda de bebidas alcohólicas, en un establecimiento de entretenimiento para adultos, ni en un casino, casino de juego, o establecimiento de juegos.

#### Para Dinero Suplemntario Estatal

Mi familiar legalmente responsable puede recibir una factura para devolver al Estado el dinero que el Estado me pagó.

#### Para Dinero en Efectivo SAGA

Yo tengo que cooperar con el Estado para obtener el apoyo de mi cónyuge.

Si un miembro de mi familia tiene un problema de abuso de sustancias, se le puede requerir que esté en tratamiento para recibir beneficios en efectivo de SAGA.

Si yo hago declaraciones falsas o engañosas cuando solicito SAGA, esto es una violación de la ley y no podré obtener SAGA en un año.

#### Para Asistencia Médica

El dinero de una demanda legal pendiente o futura irá (se le asignará) al Estado para recobrar cualquier gasto médico pagado por el Estado, relacionados con la demanda.

Si yo a sabiendas doy información falsa (errónea) o engañosa al DSS sobre mí o sobre alguien para quien estoy solicitando ayuda, estoy violando la ley federal y podría recibir una multa hasta de \$25,000 o recibir encarcelamiento por 5 años, o ambos.

Al solicitar asistencia médica, yo estoy dando (o asignando) al DSS mi derecho a recibir apoyo de terceras partes (sección 1912 de la Ley de Seguridad Social).

Si estoy en un centro de enfermería o si estoy solicitando servicios de base comunitaria en el hogar, y quiero asignar mis derechos de apoyo contra mi cónyuge, tengo que firmar una asignación adicional de apoyo (sección 1924 de la Ley de Seguridad Social).

El Estado puede enviar una factura a mi familiar legalmente responsable para que le devuelva pagado al Estado los costos de mi atención médica.

El Estado recobra el dinero de mi patrimonio si yo recibo servicios de cuidado a largo plazo y también si tengo por lo menos 55 años cuando reciba beneficios de asistencia médica comunitaria, y no tengo un cónyuge vivo, ni un niño menor de 21 años, o que esté ciego o deshabilitado.

El DSS o su representante pueden solicitar Medicare en mi nombre, si el DSS piensa que soy elegible para recibir Medicare. El DSS o su representante también puede presentar reclamaciones y apelaciones de Medicare en mi nombre.

El DSS o cualquier otro asegurador o proveedor de salud, pueden divulgar información sobre mí y mi familia según sea necesario para la entrega de servicios médicos y de programas, según lo permiten las leyes federales y estatales.

Al recibir asistencia médica, permito que el Estado recobre el costo de mis facturas médicas que están cubiertas por un tercero, como otros seguros, directamente de esa tercera parte.

#### Asignación de Manutención Infantil y Cooperación

Al solicitar ayuda del Estado, yo le asigno (le doy) al Estado todos los derechos que tengo a recibir apoyo actualmente de alguna persona para cualquier miembro de la familia incluido en la solicitud.

Mientras yo esté recibiendo ayuda del Estado, debo cooperar plenamente con el Estado para que otras personas responsables contribuyan a dar apoyo a mi familia.

El Estado se quedará con la manutención de niños que me debe mientras yo esté recibiendo ayuda en efectivo, lo cual significa que yo no la recolectaré directamente durante ese tiempo.

Cuando mi ayuda en efectivo de TFA termine, toda la actual manutención de niños se me enviará a mí. Cualquier ayuda de manutención no pagada que se me adeudó durante el tiempo en que estuve recibiendo ayuda en efectivo de TFA, se le adeuda al Estado.

El Estado continuará haciendo cumplir mi orden de manutención de niños después que yo deje de recibir ayuda, a menos que yo notifique al Estado que no deseo este servicio.



**Guarde esta página 3 para sus registros**  
**No devuelve este formulario a DSS**



W-0016RRS  
(Rev. 1/23)

# Estado de Connecticut

## Departamento de Servicios Sociales

### Derechos y Responsabilidades

#### Declaraciones de No Discriminación

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Los programas que reciben asistencia financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), como la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y los programas que el HHS opera directamente también tienen prohibido la discriminación bajo las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de vídeo, lenguaje de señas norteamericano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición, o con discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés.

#### QUEJAS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN PROGRAMAS DEL USDA

El USDA proporciona asistencia financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FPIR) y otros. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa, (AD-3027), que se encuentra en línea en: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR\\_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf), y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al 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. Envíe su formulario o carta completa al USDA al:

1. **Correo:** Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
2. **Fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; o
3. **Teléfono:** (833) 620-1071; o
4. **Correo electrónico:** [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Para cualquier otra información relacionada con los problemas de SNAP, las personas deben comunicarse con el número de la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los [números de información / línea directa del estado](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de números de línea directa por estado); se encuentra en línea en: [Línea directa de SNAP](#).

#### QUEJAS DE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON PROGRAMAS DEL HHS

HHS proporciona asistencia financiera federal para muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, incluyendo TANF, Head Start, el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y otros. Si cree que ha sido discriminado debido a su raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS opera directamente o a las que el HHS proporciona asistencia financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) para usted o para otra persona.

Para presentar una queja de discriminación para usted o para otra persona con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través de OCR Portal de quejas en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con OCR por correo a: Operaciones centralizadas de administración de casos, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; o correo electrónico: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). Para un procesamiento más rápido, le recomendamos que utilice el portal en línea de OCR para presentar quejas en lugar de presentarlas por correo. Las personas que necesitan ayuda para presentar una queja de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a OCR a [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) o llame a OCR al número gratuito 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con problemas de audición o con dificultades del habla, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También ofrecemos formatos alternativos (como Braille y letra grande), auxiliares y servicios de asistencia lingüística gratuitos para la presentación de una denuncia.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

#### Declaración de No Discriminación de Connecticut

Las Leyes Generales de Connecticut prohíben la discriminación en el empleo y en la prestación de servicios por motivos de raza, género (incluido el embarazo), edad, estado civil, credo religioso, ascendencia, color, origen nacional, antecedentes penales, información genética, historial pasado o presente de discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje, discapacidad física (incluida la ceguera), discapacidad intelectual, condición de veterano, condición de víctima de violencia doméstica, orientación sexual, o identidad o expresión de género.

Una persona con una discapacidad puede solicitar y recibir un acomodo razonable o ayuda especial del Departamento de Servicios Sociales cuando sea necesario, para permitir que la persona tenga una oportunidad igual y significativa de participar en programas administrados por el Departamento.

Si solicitó una adaptación o ayuda especial y nos negamos a proporcionarla, puede presentar una queja al Coordinador de la ADA del Departamento o a cualquiera de las agencias enumeradas:

#### Comisionado de Servicios Sociales

**Atte: Coordinador de ADA**

55 Farmington Ave,

Hartford, CT 06105-5033

Tel: (860) 424-5040; Fax: (860) 424-4948

TDD: (800) 842-4524;

Correo electrónico: [affirmativeaction.dss@ct.gov](mailto:affirmativeaction.dss@ct.gov).

#### Comisión de Derechos Humanos y Oportunidades de Connecticut

450 Columbus Blvd, Suite 2

Hartford, CT 06103

Tel: (860) 541-3400; Número gratuito: (800) 477-5737;

TTD: (860) 541-3459; Fax: (860) 246-5265;

Internet: <https://portal.ct.gov/CHRO>

#### Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

**Oficina de Derechos Civiles**

Edificio Federal

JFK Oficina 1875

Boston, MA 02203

Tel: (617) 565-1340; Número gratuito: (800)

368-1019; TTY: (800) 537-7697; Fax: (617)

565-3809;

Internet:

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>



**Guarde esta página 4 para sus registros**  
**No devuelve este formulario a DSS**