

## SOLICITUD DE ASISTENCIA

### Bienvenido al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), Oficina de Asistencia Familiar (BFA)

Para postularse a los programas y servicios que ofrecemos, complete esta *Solicitud de asistencia*; luego, deberá asistir a una entrevista y presentar pruebas de su situación del hogar. Lea toda la información que le brindamos y responda todas las preguntas de la mejor forma posible. **No responda las preguntas que no comprende.** Si necesita ayuda para completar esta *Solicitud*, comuníquese con nosotros. **Tiene derecho a presentar su Solicitud de inmediato siempre y cuando incluya el nombre y la dirección del solicitante y la firma de un miembro responsable del hogar o del representante autorizado de este.** Sin embargo, podremos determinar su idoneidad para obtener beneficios de forma más rápida si completa la *Solicitud* en su totalidad. Si solo desea beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y completa toda la *Solicitud*, complete todas las Secciones, a excepción de la Sección I.

*La asistencia de la BFA se basa en sus ingresos. Algunos programas de la BFA también podrían considerar el valor en efectivo de sus bienes, sus "activos", al determinar si califica para un programa que ofrecemos.*

### Beneficios de SNAP

El programa de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ayuda a las personas con ingresos bajos a comprar los alimentos que necesitan para una buena salud. Deberá asistir a una entrevista con un funcionario del DHHS para determinar si es elegible para este programa. Sus beneficios de SNAP se basan en la fecha de solicitud, que es la fecha en la que la Oficina del Distrito recibe su solicitud. Si es residente de una institución que solicita en conjunto beneficios de SNAP y de Ingreso de Seguro Complementario (SSI) antes de abandonarla, la fecha de presentación de la solicitud será la fecha de alta de la institución. Si proporciona identificación, podrá recibir beneficios de emergencia de SNAP en un plazo de 7 días calendario en los siguientes casos:

- su ingreso bruto mensual es menor que \$150 y sus recursos líquidos no exceden los \$100;
- sus costos de vivienda son superiores a su ingreso bruto y sus recursos líquidos, o
- es un trabajador agrícola temporal o inmigrante indigente según la definición del Código de Regulaciones Federales, título 7, artículo 273.10(e)(3) [7 CFR 273.10(e)(3)].

### Números de seguro social (SSN)

En virtud de la Ley Federal de Privacidad de 1974 (y sus modificaciones), debemos informarle las leyes que nos permiten pedir el SSN de las personas que solicitan asistencia, si tiene la obligación de brindarlo y qué haremos con esa información. Los SSN se solicitan para los siguientes programas. Después de cada programa se menciona la ley o el reglamento que nos obliga a pedir los SSN:

- **Asistencia financiera para familias necesitadas (FANF):** 42 USC 405(c)(2); 45 CFR 205.52; RSA 167:4-c; y RSA 167:79,iii(h).
- **SNAP:** RSA 167:4-c, Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 y sus modificaciones, 7 USC 2011-2036; 7 CFR 273.2(b)(4)(i); y 7 CFR 273.6.
- **Asistencia médica y otra asistencia financiera:** RSA 167:4-c; sección 2651 de la Ley Pública (PL) 98-369; 42 CFR 435.910; 42 CFR 435.920; y 42 USC 1320b-7.

Todas las personas que deseen asistencia de los programas mencionados deben proporcionar un SSN o solicitar uno a la Administración del Seguro Social (SSA). Los miembros de su hogar que no deseen solicitar beneficios no deben proporcionar un SSN. Proporcionar un SSN es opcional para las personas que no solicitan asistencia. Proporcionar un SSN le ahorrará tiempo y dinero para obtener las verificaciones necesarias.

Si solicita beneficios para solo algunos miembros de su familia, como un(a) padre/madre que solicita Asistencia médica para solo un hijo, solo debe brindar el SSN de su hijo o solicitar un SSN para su hijo. La elegibilidad de su hijo para recibir

cobertura médica no se verá afectada si solo nos brinda el SSN de su hijo.

Si no indica un SSN por cada persona que solicita los programas enumerados, es posible que su solicitud se rechace o que reciba menos beneficios. Si alguien desea ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite el sitio [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). TTY: 1-800-325-0778.

Los solicitantes que únicamente desean asistencia para el cuidado de niños no tienen la obligación de brindar un SSN, pero si lo hacen, es posible que el proceso de verificación de elegibilidad sea más breve.

Pedimos los SSN para poder verificar la identidad, otros beneficios que recibe, los ingresos percibidos y no percibidos, y la información de los recursos que nos brinda. Se compartirá y verificará con los siguientes:

- entidades federales, estatales y locales;
- oficinas dentro del DHHS según lo permitan las leyes federales;
- bases de datos de empleo y desempleo;
- el Servicio de Impuestos Internos y la SSA;
- terceros contratados;
- entidades financieras, y
- otros programas informáticos de cotejo.

La información se utilizará de las siguientes formas:

- para determinar si es elegible o continúa siendo elegible para recibir la asistencia que solicitó;
- para determinar el monto de los beneficios o errores en su elegibilidad o beneficios; y
- en una investigación por presunto abuso de las normas o la ley del programa.

Es posible que su información se divulgue a agencias estatales y federales para una examinación oficial, y a las autoridades policiales para detener a las personas que se dan a la fuga para evadir las leyes. Si se presenta una reclamación de SNAP en contra de su hogar, la información contenida en esta solicitud, incluidos todos los SSN, se derivará a agencias estatales y federales, así como a agencias privadas de cobro de reclamaciones, para que inicien acciones de cobro de reclamaciones.

No divulgamos los SSN ni ninguna otra información relacionada con personas no solicitantes al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (USCIS), ni a ninguna otra agencia que no esté relacionada directamente con los programas y/o los servicios ofrecidos por el DHHS.

### Medicaid de emergencia para no ciudadanos

El beneficio de Medicaid de emergencia podrá estar disponible para determinados no ciudadanos, independientemente de su estado de inmigración, para cubrir algunos servicios de emergencia, incluido el trabajo de parto y el parto. **No es**

**necesario indicar Números de seguro social para solicitar Medicaid de emergencia.**

**Ciudadanía e identidad**

Debe declarar y probar el estado de ciudadanía o no ciudadanía de cada miembro del hogar que solicita asistencia. Los no ciudadanos que solicitan asistencia, a excepción de Medicaid de emergencia, deben presentar su documentación de USCIS que demuestre su estado de extranjero calificado. La documentación de USCIS se verificará; el estado de no ciudadano de los miembros del hogar solicitantes también se verificará a través de la presentación de información de la solicitud a USCIS, y la información recibida por USCIS podrá afectar la elegibilidad y los beneficios.

**Pagos médicos o seguro de terceros**

Si solicita Asistencia médica, la recepción de dicha asistencia implicará una cesión al DHHS de sus derechos a obtener pagos médicos o seguro de terceros sin que nadie deba firmar ningún otro formulario. Todas las partes disponibles deben ser facturadas, y los pagos resultantes deben aplicarse al costo de atención médica antes de que pague el DHHS. Asimismo, si recibe una liquidación o una compensación de un tercero responsable, debe reembolsar al DHHS los servicios médicos relacionados que pagamos. RSA 167:14-a.

**Beneficios recibidos por error**

Deberá reembolsar todos los beneficios o servicios recibidos por error, independientemente de que haya cometido un error en la información que nos brindó o que omitió. Si recibe SNAP, también deberá reembolsar todos los beneficios que recibió por error si nos equivocamos en el procesamiento de su caso.

**Manutención de niños financiera o médica**

Si solicita pagos en efectivo de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), la recepción de dicha asistencia

implicará la cesión al DHHS de sus derechos a recibir manutención financiera de niños. Sin necesidad de firmar ningún otro formulario, le cede a DHHS el derecho a cobrar y retener los pagos de manutención financiera de niños realizados en beneficio de los niños que reciben asistencia. RSA 161-C:22

El DHHS cobra y retiene la manutención para compensar parcialmente el monto de asistencia en efectivo abonado a usted. Si los pagos de manutención son equivalentes o superiores al monto que le brindamos a usted, su caso de asistencia en efectivo se cerrará, y se le enviarán los pagos de manutención.

La recepción del beneficio de Medicaid de niños implicará una cesión de los derechos de manutención médica de niños. Esto significa que debe cooperar con el DHHS para establecer y exigir la manutención médica de niños para sus hijos. La manutención médica de niños, generalmente, se refiere al seguro médico que brinda el/la padre/madre ausente, pero también puede referirse a un monto en dólares permanente pagado por el/la otro/a padre/madre para permitirle adquirir un seguro médico para los hijos en común.

Si recibe dinero para adquirir un seguro médico, este dinero será retenido por el estado en caso de que usted reciba Medicaid para su hijo y se utilizará para reembolsar a los gobiernos estatales y federales. Si no se establece la paternidad de ninguno de sus hijos que reciben Medicaid, también debe cooperar con el DHHS para establecerla de forma legal.

La cesión de derechos de manutención es obligatoria. Cuando se reúna con el funcionario de la Oficina del Distrito, este le explicará sus derechos y responsabilidades, y las sanciones que se aplicarán en caso de negación sin justa causa.

**Fecha de inicio de elegibilidad para Medicaid**

Su elegibilidad para Medicaid, en general, comienza el día en que cumple todos los requisitos del programa que solicitó, incluido el límite de recursos.

**SOLO PARA USO DE LA AGENCIA-AGENCY USE ONLY**

Este es el registro de su solicitud y debe ser completado por un funcionario del Departamento de Salud y Servicios Humanos y devuelto a usted. La BFA ha recibido: (This is your record of application and will be filled out by a Department of Health and Human Services worker and returned to you. BFA has received:)

una solicitud completa de (A completed application for) \_\_\_\_\_ de (from) \_\_\_\_\_ parte de (on) \_\_\_\_\_ El

Oficina del Distrito (District Office)

Firma de la trabajadora (Signature of Worker)

**GUARDE ESTA PAGINA PARA SUS REGISTROS**

**SOLICITUD DE ASISTENCIA**

**A. Información sobre usted y su lugar de residencia.**

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia actual:  Hogar propio  Centro de cuidados  Hogar de familia para adultos  Hospital  Centro de vida asistida  Alquiler  Sin vivienda  Hotel/Motel  Centro residencial de cuidados  Otro

Dirección (calle): \_\_\_\_\_ Dirección postal: \_\_\_\_\_  
(si son diferentes)

Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Celular/mensaje: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  No tengo una dirección de correo electrónico.

¿Algún miembro de su familia tiene Medicare Parte A o B?  S  N

¿Por qué necesita nuestra ayuda? \_\_\_\_\_

Proveedor de información: \_\_\_\_\_  
(si es diferente del solicitante) Nombre Dirección Teléfono N.º

**B. Información sobre las personas con las que vive. Comience con su información y enumere a TODAS las personas que viven con usted. No tiene la obligación de indicar el Número de seguro social o estado de ciudadanía de las personas que no soliciten asistencia.**

Nombre legal completo	Número de seguro social (SSN)	Fecha de nac.	Relación con usted	¿Es ciudadano de EE. UU.?	Estudiante (Sí o no. En caso afirmativo, indique el grado también)	Identificación del Beneficiario (RID) (Solo para uso de la BFA)
1.			<b>USTED</b>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
2.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
3.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
4.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
5.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
6.				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

**C. Servicio que deseo solicitar: (TIPOS DE ASISTENCIA SOLICITADAS)**

TODOS LOS PROGRAMAS  Efectivo  SNAP  Cuidado de niños  Programas de ahorros de Medicare (MSP) [QMB/QWDI/SLMB/SLMB135]

Asistencia médica: si necesita asistencia médica para un niño, mujer embarazada o padre/madre/pariente que cuida a un niño, también debe completar el anexo titulado *Anexo de asistencia médica para niños, mujeres embarazadas y padre/madre/parientes que cuidan al niño*

Cuidados en el hogar y la comunidad (HCBC) ¿Qué programa de HCBC? usar las casillas de verificación siguientes:

Trastorno cerebral adquirido  Opciones para la independencia  Discapacidad del desarrollo  Soportes en el hogar

Servicios de centro de cuidados (NF) - Nombre del centro: \_\_\_\_\_

**D. La siguiente información se recopila para asegurarnos de que todos reciban un trato justo sin importar raza, color u origen nacional. Sus respuestas son voluntarias. La información que brinde no afectará su elegibilidad ni el monto de los beneficios. Para la pregunta de etnia, seleccione una respuesta. Para la pregunta de raza, seleccione todas las que apliquen.**

Etnia: ¿Es de origen hispano o latino?  Sí  No

Raza: Usted es: ¿Blanco?  S  N ¿Asiático?  S  N ¿Negro o afroamericano?  S  N

¿Nativo Hawaiano o de otra isla del Pacífico?  S  N ¿Nativo de EE. UU. o Alaska?  S  N

**SOLO PARA USO DE LA AGENCIA (AGENCY USE ONLY):**

RFA #	Case #	Forms Given:	725	177
Cash: _____	OPEN CLOSE DENY DATE: _____	DO: _____		
SNAP	OPEN CLOSE DENY DATE: _____	DO: _____		
MA: _____	OPEN CLOSE DENY DATE: _____	DO: _____		
CM/MCPW:	OPEN CLOSE DENY DATE: _____	DO: _____		
Child Care	OPEN CLOSE DENY DATE: _____	DO: _____		
EBT Card Status:	None Active	Bad Address	Deactivated/Cancelled	Undelivered

<b>E. Información sobre los ingresos de todos los miembros de su hogar.</b>		<b>G. Sus gastos:</b>	
Su salario: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Alquiler (mensual): \$ _____		
Otros salarios: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Hipoteca (mensual): \$ _____		
Otros salarios: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Alquiler de lote/cuota de condominio (mensual): \$ _____		
¿Alguno de los miembros ha perdido su empleo recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Impuestos (anuales): \$ _____		
En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿Cuándo? ____/____/____	Cuidado de dependientes: \$ _____		
SSA/SSDI (Seguro Social por Incapacidad): \$ _____	Gastos médicos: \$ _____		
SSI (Ingreso de Seguro Complementario): \$ _____	Costos empresariales: \$ _____		
Pensión de Veteranos (VA): \$ _____	<b>¿Ha recibido más de \$20 de asistencia de combustible durante este mes o los últimos 12 meses?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pensión: \$ _____	<b>¿Paga alguno de los siguientes servicios además de su alquiler o hipoteca?</b>		
<b>F. Información sobre los activos de todos los miembros de su hogar.</b>			
Cuentas corrientes/de ahorro: \$ _____	Otras cuentas corrientes/de ahorro: \$ _____	<b>Calefacción/refrigeración (aire acondicionado):</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Acciones/bonos/certificados de depósitos: \$ _____	Cuenta de retiro individual (IRA): \$ _____	<b>Teléfono:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Anualidad suya o de su cónyuge: \$ _____	Otros activos: \$ _____	<b>Energía:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fideicomisos: \$ _____	Seguro de vida: \$ _____	<b>Otra:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Vehículo (año/modelo): _____	Vehículo (año/modelo): _____	<b>Internet (incluido el tel. móvil):</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>H. Responda todas las preguntas.</b>			
1. ¿Es un trabajador agrícola temporal o migrante?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar ha recibido asistencia de SNAP durante este mes?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Actualmente vive en un centro para víctimas de abuso?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Algún miembro de su hogar es ciego o discapacitado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Ha vendido o transferido bienes en los últimos 5 años?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Alguno de los miembros de su hogar recibe actualmente asistencia de otro estado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿de qué estado?		¿Qué tipo de asistencia?	
<b>I. ¿Solo desea SNAP? En caso afirmativo, puede avanzar a la sección J. Si desea asistencia en efectivo, médica o en el cuidado de niños, responda todas las preguntas de esta sección antes de avanzar a la sección J.</b>			
1. ¿Alguna mujer de su hogar está embarazada o ha dado a luz en los últimos 3 meses?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Necesita ayuda para pagar facturas médicas adeudadas de los últimos 3 meses?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. Si solicita Asistencia financiera para familias necesitadas (FANF), el nombre del padre ¿está en blanco o figura como "no declarado" en el certificado de nacimiento de alguno de sus hijos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Si solicita FANF, ¿cuántos padres están ausentes?			
5. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene un seguro médico distinto de Medicaid?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, nombre de la aseguradora: _____		Número de póliza: _____	
6. ¿Alguna persona de su hogar estuvo en un hogar de acogida a los 18 años o más?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿quién? _____ Estado: _____		Fecha en la que finalizó el cuidado en hogar de acogida: ____/____/____	

**J. Firmas**

**CERTIFICO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE REVISÉ LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD, INCLUIDA LA INFORMACIÓN INDICADA EN EL ANEXO; QUE ESTA ES VERAZ Y COMPLETA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER, INCLUIDA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL ESTADO DE EXTRANJERO Y CIUDADANÍA DE LOS MIEMBROS QUE SOLICITAN ASISTENCIA. ENTIENDO QUE ES POSIBLE QUE DEBA REALIZARSE UNA ENTREVISTA COMPLETA DE ELEGIBILIDAD MÉDICA Y FINANCIERA ANTES DE QUE PUEDA DETERMINARSE MI ELEGIBILIDAD.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta y firma de la persona que ayuda al solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante

Retiro mi solicitud de:  Efectivo  Asistencia médica  SNAP  Cuidado de niños  HCBC/NF  MSP

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Certifico que les di a las personas mencionadas anteriormente la oportunidad de revisar esta solicitud. También certifico que les he brindado una copia de este formulario, en caso de que la hayan solicitado.**

\_\_\_\_\_  
Nombre en letras mayúsculas y firma

\_\_\_\_\_  
Título/agencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Límites de tiempo

Puede recibir Asistencia financiera para familias necesitadas únicamente durante 60 meses en toda su vida. Los meses en los que recibió esta asistencia durante su infancia no se cuentan para este límite. Su límite de tiempo comienza con la recepción de beneficios en la adultez. **No existe límite de tiempo para el Programa suplementario del estado, la Asistencia médica, los beneficios de SNAP ni la asistencia para el cuidado de niños.**

## Apelación administrativa

Tanto usted como cualquier representante suyo podrá solicitar una apelación administrativa si no está de acuerdo con cualquier decisión sobre la elegibilidad tomada por el DHHS. La representación en una apelación administrativa podrá estar a cargo suyo, de un abogado o de otra persona, como un familiar o un amigo. El DHHS no pagará los costos de los servicios legales, pero hay servicios legales gratuitos y a costos reducidos disponibles en NH. Las apelaciones administrativas pueden solicitarse de forma oral o escrita contactando a una Oficina del Distrito o al DHHS, 105 Pleasant Street, Concord, NH 03301-6521. Teléfono (603) 271-4292 o 1-800-852-3345 ext. 14292; Acceso TDD: Retransmisión NH 1-800-735-2964 o 711.

## Control de calidad

Es posible que su caso sea elegido para realizar un control de calidad o cualquier otro tipo de revisión gubernamental. Dicha revisión implica una investigación profunda de la situación financiera o médica de su hogar, solución de vivienda y demás circunstancias. Es posible que nos comuniquemos con bancos, empleadores, empresas, comerciantes, proveedores de cuidado de niños y otras fuentes apropiadas en relación con su hogar y las declaraciones que hizo ante el DHHS. **Si no coopera en estas revisiones, podría perder sus beneficios.**

## Información de cambios

Tendrá la obligación de completar una revisión de sus circunstancias de forma periódica. Es posible que se cierre su caso de asistencia en efectivo, en el cuidado de niños y SNAP, y/o que su elegibilidad para recibir Asistencia médica se vea afectada si no completa el formulario en su totalidad y lo devuelve antes de la fecha establecida y si no participa en una entrevista personal, si esta fuera necesaria.

Si recibe únicamente beneficios de SNAP y tiene un período de elegibilidad de 4, 5 o 6 meses, solo debe informar los cambios en las circunstancias que colocarían a los ingresos del hogar por encima del 130% del nivel de pobreza.

Si recibe efectivo, cuidado de niños o Asistencia médica, o si su período de elegibilidad para SNAP no abarca 4, 5 o 6 meses, debe notificar al Departamento en un plazo de 10 días calendario luego de la ocurrencia del cambio en un factor que podría afectar su elegibilidad, como los siguientes:

- fuente de ingresos;

- horas trabajadas por un miembro del hogar;
- monto de ingresos de cualquier miembro del hogar;
- todos los cambios en el hogar, como matrimonios, divorcios, nacimientos, hijos que se mudan del hogar, etc.;
- proveedor de cuidado de niños;
- recursos (p. ej., efectivo, acciones, bonos o dinero en una cuenta bancaria o de ahorro);
- recepción de una liquidación o un pago único;
- costos de vivienda o residencia; o
- costos de cuidado de dependientes, pagos de manutención de niños o deducciones médicas, u otros cambios que podrían afectar el monto de los beneficios para su hogar.

## Protección de Asistencia médica para beneficiarios del seguro social

Si recibe asistencia en efectivo en virtud del programa de la Ley de estadounidenses de edad avanzada (OAA), de Asistencia a los ciegos necesitados (ANB) o de Asistencia a personas con discapacidad total y permanente (APTD), y un aumento por costo de vida del Seguro social, o este aumento combinado con otro en los ingresos, afecta su elegibilidad para recibir asistencia financiera, es posible que aún pueda recibir Asistencia médica en virtud de la política de la Enmienda Pickle.

Una vez que comience a recibir Asistencia médica en virtud de la Enmienda Pickle, los futuros aumentos por costo de vida del Seguro social no afectarán su elegibilidad. Sin embargo, su elegibilidad para recibir Asistencia médica podría verse afectada por cambios en otras circunstancias.

Si es elegible para recibir asistencia en efectivo en virtud de alguno de los programas mencionados, pero opta por no recibirlos, **NO** tendrá derecho a esta protección de su Asistencia médica en virtud de la Enmienda Pickle.

## Notificación a familias inmigrantes

Si recibe ayuda con la atención de la salud o SNAP, esto no afectará su estado de inmigración. Si usted o los miembros de su familia usaron o recibieron Medicaid o SNAP, esto no afectará la capacidad de ninguno para convertirse en ciudadanos de EE. UU.

Sin embargo, si recibe asistencia en efectivo, como TANF, o ayuda con los costos de atención de un centro de cuidados, es posible que dicha capacidad se vea afectada, sobre todo si estos beneficios son la única fuente de ingresos de su familia. Antes de presentar la solicitud, le recomendamos que consulte a alguna de las agencias que ayudan a los inmigrantes con cuestiones legales o que se comunique con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (USCIS).

## ATENCIÓN

Se verificará toda la información que nos diga o nos brinde:

- a nivel federal, estatal y local, y además
- a través de contactos colaterales y/o programas informáticos de cotejo con otras herramientas de verificación electrónica, como bases de datos de USCIS, IEVS (Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos), registros civiles, SSA, instituciones financieras y de empleo.

El objetivo de esta verificación es confirmar su elegibilidad para nuestros programas y determinar los beneficios. Si, a través de estas fuentes, obtenemos información que no coincide con la que nos brindó, es posible que se le deniegue la asistencia, que se modifiquen sus beneficios y que esté sujeto a procedimientos penales por brindar información falsa a sabiendas. Cualquier miembro de su hogar que infrinja cualquiera de estas normas de forma intencional podrá ser excluido para participar en los programas de asistencia en efectivo, asistencia en el cuidado de niños y SNAP durante periodos que van desde un año hasta permanentemente. Para SNAP, también podrá recibir multas de hasta \$250,000, condenas de hasta 20 años de prisión o ambas, y estará sujeto a procedimientos penales en virtud de las leyes federales y estatales aplicables por infringir la Ley de Alimentos y Nutrición. Si es condenado, el tribunal también podrá prohibir su participación en el programa durante otros 18 meses, además de la sentencia que reciba.

### QUÉ NO HACER

- **No** brinde información falsa ni la oculte para recibir o seguir recibiendo beneficios.
- **No** compre ni venda beneficios de SNAP a ninguna persona que no esté autorizada para usarlos para su hogar.
- **No** use los beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles.
- **No** use ningún beneficio que su hogar no tenga derecho a recibir.
- **No** le proporcione el PIN de su tarjeta EBT a nadie.
- **No** use servicios de cuidado de niños pagados por el DHHS para actividades relacionadas con el empleo no aprobadas por el DHHS.
- **No** use su tarjeta EBT ni el efectivo de su tarjeta EBT en tiendas en las que más del 50% del inventario visible sea alcohol, o cuya actividad principal sea la colocación de piercings, tatuajes o branding, establecimientos de juego, tiendas/puestos/locales de cigarrillos, cigarros, pipas o tabaco, la mayoría de los dispensarios de marihuana o comercios cuyo inventario visible disponible para la venta o el alquiler conste en más de un 50% de entretenimiento para adultos.
- **No** trate de comprar alimentos con sus beneficios de SNAP a menos que tenga su tarjeta EBT con usted en el momento de comprarlos. No podrá comprar alimentos un día y pagarlos con sus beneficios de SNAP de EBT otro día distinto.

### Identidad y residencia

Si el DHHS determina que una persona ha realizado una declaración fraudulenta en relación con su identidad o lugar de residencia para recibir beneficios múltiples a la vez o que recibió una condena por tal motivo, dicha persona no será elegible para recibir asistencia financiera ni beneficios de SNAP durante 10 años.

### Tráfico de beneficios de SNAP

Se aplicarán las siguientes sanciones a las personas declaradas culpables en un proceso judicial:

- En el caso de comercialización de sustancias controladas a cambio de beneficios de SNAP, se prohibirá la participación de la persona en SNAP durante 24 meses si este delito se comete por primera vez y de forma permanente si el delito se comete por segunda vez.
- En el caso de comercialización de municiones, armas de fuego o explosivos a cambio de beneficios de SNAP, o de tráfico de beneficios de SNAP de más de \$500, se excluirá

a la persona de los beneficios de SNAP de forma permanente.

- En el caso de compra o venta de beneficios de SNAP, la persona será suspendida de SNAP durante un año si este delito se comete por primera vez; para un segundo delito, la suspensión se extenderá a dos años, y se repitiera una tercera vez, la suspensión será permanente.

### Fraude de Asistencia médica

El artículo 1128B de la Ley del Seguro Social dispone sanciones federales para los actos fraudulentos y para las declaraciones falsas en relación con su solicitud de beneficios de Asistencia médica o con la recepción de estos.

Se podrá procesar a cualquier persona en los tribunales federales por declaraciones deliberadas cuya falsedad se ha comprobado y que afectan la elegibilidad para recibir cualquier beneficio o pago en virtud del programa de Asistencia médica.

También se podrá procesar a cualquier persona por ocultar u omitir revelar eventos que afectan su derecho a cualquier beneficio o pago, o por el uso indebido de estos. La ley también dispone sanciones por sobornos, coimas o reembolsos en relación con la prestación de Asistencia médica.

La condena de un delito podría causar la pérdida de beneficios de Asistencia médica durante un período inferior a un año. Las sanciones comprenden multas de hasta \$25,000 o pena de prisión de hasta 5 años, o ambas.

### Infracciones del programa (IPV)/declaraciones falsas intencionales

Toda persona que haga una declaración falsa o engañosa en relación con sus circunstancias o que omita intencionalmente información relacionada con la recepción de bienes, salarios, ingresos o recursos, o con cualquier cambio que podría afectar su elegibilidad inicial para recibir asistencia o la continuidad de esta, podrá ser declarada culpable de infringir las leyes estatales. Las sanciones se aplican de la siguiente manera: como delitos graves de clase A cuando el valor de la compensación monetaria o de los bienes o servicios supera los \$1,000; como delitos graves de clase B cuando el valor supera los \$100 y como delitos menores cuando el valor no supera los \$100. RSA 167:17-b y 17-c.

**Toda persona que cometa una infracción intencional del programa (IPV) en SNAP no puede obtener estos beneficios durante 12 meses si se trata de una primera infracción, durante 24 meses si se trata de una segunda infracción y de forma permanente si se trata de una tercera IPV.**

**DECLARACIONES DE ENTENDIMIENTO**

**Todos los programas**

**INICIALES**

**Certifico** que he leído y entendido "Sus derechos y responsabilidades".

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que el DHHS mantendrá la confidencialidad de la información sobre mi elegibilidad y mi caso, y que solo las personas involucradas en la administración de los programas del DHHS podrán examinarla, o quienes tengan permitido hacerlo según los reglamentos federales o las leyes estatales.

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que, a pesar de otras normas de confidencialidad, los nombres de los niños en hogares beneficiarios de SNAP y/o FANF deberán ser informados a las escuelas para que sean automáticamente elegibles para recibir comidas gratuitas y a precio reducido en la escuela.

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que debo presentar pruebas sobre mi situación de vivienda, la información que brindé en la solicitud y lo que le he contado al DHHS.

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que la información que he brindado estará sujeta a verificación mediante contactos colaterales y/o funcionarios federales, estatales y locales, y que si se determina que cualquier dato es incorrecto o falso, o si he omitido deliberadamente información relacionada con la recepción de asistencia, ahora o en el futuro, podría perder los beneficios y ser procesado por fraude.

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza al DHHS y a cualquier tercero contratado a verificar que yo o cualquier miembro de mi grupo familiar cumplimos los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia, y que autoriza la divulgación de dicha información al DHHS. Mi autorización para divulgar información al DHHS se mantendrá vigente mientras yo o cualquier miembro de mi grupo familiar reciba cualquier tipo de asistencia del DHHS.

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza al DHHS y a cualquier entidad externa contratada a verificar mis ingresos, mi identidad y mis activos, y los ingresos, la identidad y los activos de todas las personas cuyos ingresos, identidad y activos deben indicarse a fin de determinar la elegibilidad para recibir la asistencia que solicito. Si no nos autoriza a realizar estas verificaciones, o si revoca la autorización para tal fin, se denegará o cancelará la asistencia.

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que si se me exige una entrevista, se me enviará un Resumen de la Entrevista de Elegibilidad (EIS) después de mi entrevista. Acepto revisar este EIS y notificaré al DHHS dentro de los 10 días si alguna información es incorrecta o ha cambiado.

\_\_\_\_\_

**Programas de efectivo y SNAP**

**Certifico** que, si solicité FANF, me explicaron la opción de violencia doméstica y la entiendo.

\_\_\_\_\_

**Certifico** que, si solicité FANF, recibí información por escrito sobre el tratamiento de ingresos en un único pago.

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que la recepción de asistencia en efectivo de TANF implica una cesión al DHHS de los derechos de cada beneficiario a la pensión alimenticia del cónyuge y a la manutención de niños.

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que, si recibo asistencia en efectivo del DHHS, el efectivo que recibo podría causar el cese o la reducción de mis beneficios de SNAP. También entiendo que, si esto sucede, no recibiré una notificación previa de este cambio.

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que, para recibir un pago en efectivo de cualquier programa de la BFA, debo cumplir con los requisitos correspondientes cada día del período de pago en su totalidad. Si no soy elegible para recibir el efectivo en cualquier momento durante el período de pago, entiendo que no recibiré el beneficio.

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que, en NH, si algún miembro de mi hogar se fuga para evitar el procesamiento por cualquier delito grave, o si infringe las condiciones de la libertad condicional o bajo palabra, esa persona no será elegible para recibir los beneficios de SNAP ni efectivo hasta que haya cumplido con las obligaciones legales relacionadas con el delito grave o con las infracciones de la libertad condicional o bajo palabra. Mi firma a continuación implica una declaración jurada de que notificaré al DHHS si alguna persona de mi hogar se encuentra en fuga por un delito grave ni infringe las condiciones de su libertad condicional o bajo palabra.

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que si alguna persona de mi hogar ha sido condenada, como adulta, por un delito de abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otros abusos de menores, un delito federal o estatal que involucre agresión sexual o un delito bajo la ley estatal que el Fiscal General determine que es sustancialmente similar a dicho delito, después del 7 de febrero de 2014, y no cumple con los términos de la sentencia, esa persona no será elegible para obtener beneficios en efectivo o de SNAP. Mi firma a continuación es mi declaración jurada de que notificaré al DHHS si alguna persona de mi hogar ha sido condenada por dicho delito y no cumple con los términos de su sentencia.

\_\_\_\_\_

**Entiendo** que el uso de mi tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) para los beneficios de SNAP o efectivo depende del número de identificación personal (PIN) de 4 dígitos, que soy responsable de la seguridad de mi tarjeta EBT y del PIN, y que los beneficios de EBT no se reemplazarán si otra persona usa mi tarjeta después de haberla activado.

\_\_\_\_\_

**ESCRIBA SUS INICIALES Y FIRME AL REVERSO**



**Entiendo** que si no uso los beneficios de SNAP en mi tarjeta EBT durante 274 días seguidos, perderé dichos beneficios y no los recuperaré. Si no uso los beneficios en efectivo durante 90 días seguidos, perderé dichos beneficios y no los recuperaré. Entiendo que seré descalificado del programa de SNAP y se me procesará si uso mi tarjeta EBT con fines ilegales. Estas actividades ilegales incluyen la venta de mi tarjeta y mi PIN para obtener efectivo, drogas u otros artículos, o el intercambio de los beneficios de SNAP por efectivo en cualquier tienda.

**Entiendo** que ni mi tarjeta EBT ni el efectivo proveniente de esta podrán usarse en tiendas cuyo inventario visible conste de alcohol en más de un 50% o aquellas cuya actividad principal sea la colocación de piercings, tatuajes o branding, establecimientos de juego, tiendas/puestos/locales de cigarrillos, cigarros, pipas o tabaco, la mayoría de los dispensarios de marihuana o comercios cuyo inventario visible disponible para la venta o el alquiler conste en más de un 50% de entretenimiento para adultos según RSA 650:1,III, y que si uso mi tarjeta EBT o el efectivo proveniente de esta en alguno de estos lugares, recibiré sanciones de multas en efectivo según RSA 167:7-b y He-W PARTE 608.

**Entiendo** que, para los beneficios de SNAP, a fin de obtener una deducción en los gastos de cuidado de niños, pagos de alquiler o hipoteca, gastos de servicios u otros relacionados con la vivienda, manutención de niños pagada a una persona que no vive en el hogar o gastos médicos (solo para personas mayores o discapacitadas) **debo** informar al DHHS sobre estos gastos y probarlos. Si no informo ni verifico los gastos mencionados anteriormente, o la recepción de asistencia de combustible, es posible que los beneficios de SNAP mensuales se reduzcan y que se interprete que mi hogar no desea obtener una deducción de los gastos no informados o no verificados.

**Certifico** que he revisado el formulario de la BFA 215 *Requisitos de informes* y el formulario de la BFA 216 *Are You An ABAWD?* y que entiendo los requisitos que se me han explicado.

**Entiendo** que mi recepción de SNAP requiere que cumpla con los requisitos de trabajo de SNAP. **Certifico** que he leído y entiendo el formulario de la BFA 213 , *Requisitos de trabajo de SNAP*.

**Asistencia Médica**

**Entiendo** que la recepción de asistencia médica implica una cesión al DHHS de mis derechos a obtener pagos o seguro médico de terceros, incluida la manutención médica de niños.

**Entiendo** que la recepción de asistencia médica implica que el DHHS pueda obtener registros médicos de proveedores de servicios de salud. Mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza a los proveedores de servicios de salud de mi familia a divulgar todos los registros médicos al DHHS.

**Entiendo** que, si resido en un centro de cuidados, el DHHS podrá intercambiar información sobre mi elegibilidad con el centro para poder administrar mejor el programa. Mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza dicho intercambio y se mantendrá vigente durante el tiempo que reciba asistencia del DHHS para la atención en el centro de cuidados.

**Entiendo** que, para los servicios de atención a largo plazo (centro de cuidados o cuidados en el hogar y la comunidad), debo divulgar al DHHS todo interés que mi cónyuge o yo tengamos en una anualidad.

**Entiendo** que, si mi cónyuge o yo solicitamos servicios de atención a largo plazo, toda anualidad comprada o modificada por mi cónyuge o por mí después del 8 de febrero de 2006 se considerará una transferencia de activos por un valor inferior al de mercado, salvo que se designe al estado como beneficiario por el monto de Medicaid pagado para los servicios de atención a largo plazo como mínimo.

**Beca para el Cuidado de Niños de NH**

**Entiendo** que debo usar los servicios de cuidado de niños pagados por el DHHS únicamente para actividades relacionadas con el empleo aprobadas por el DHHS. Es posible que tenga que reembolsar al DHHS por los pagos realizados en momentos en los que estaba involucrado en otras actividades no aprobadas.

**Firmas**

Certifico, bajo pena de perjurio, que he revisado la información anterior y que, según mi leal saber y entender, esta es veraz y completa.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta y firma de la persona que ayuda al solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante

Certifico que les di a las personas cuya firma aparece anteriormente la oportunidad de revisar este documento, que les expliqué de forma completa sus derechos y responsabilidades, y que les di una copia del Aviso de derechos y responsabilidades. También certifico que les di una copia de esta página, en caso de que la hayan solicitado.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letras mayúsculas y firma  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Cargo/agencia

## DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

### No envíe solicitudes aquí.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos 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 en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades anteriores relacionadas con derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Los programas que reciben ayuda financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y los programas que el HHS gestiona directamente también tienen prohibida la discriminación en virtud de las leyes federales de derechos civiles y los reglamentos del HHS.

Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para la información del programa (p. ej., braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas, tienen dificultades auditivas o discapacidades en el habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Asimismo, se podrá entregar información del programa en otros idiomas, además de inglés.

### QUEJAS DE DERECHOS CIVILES QUE IMPLICAN A PROGRAMAS DEL USDA

El USDA proporciona ayuda financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) y otros. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el [Formulario de queja de discriminación del programa del USDA](#), (AD-3027), que se encuentra en línea en: [Cómo presentar una queja](#), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y, en la carta, proporcione toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por:

(1) correo postal:

Food and Nutrition Service, USDA

1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; or

(2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Para cualquier otra información relacionada con cuestiones de SNAP, las personas deben comunicarse con el número de línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, el cual también está disponible en español, o llamar a los [números de líneas directas/información del estado](#) (utilice este enlace para encontrar un listado de números de línea directa por estado); que se encuentran en línea en: [línea directa de SNAP](#).

### QUEJAS DE DERECHOS CIVILES QUE IMPLICAN A PROGRAMAS DEL HHS

El HHS proporciona ayuda financiera federal para muchos programas destinados a mejorar la salud y el bienestar, como TANF, Head Start, el Programa de Asistencia para la Energía de Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y otros. Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS proporciona ayuda financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) en su nombre o en el de otra persona.

Para presentar una queja de discriminación en su nombre o en el de otra persona en relación con un programa que recibe ayuda financiera federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través del Portal de Quejas de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede contactar a la OCR por correo a: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818 o por correo electrónico a: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). Para una tramitación más rápida, le recomendamos que utilice el portal en línea de la OCR para presentar quejas en lugar de hacerlo por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar una queja en materia de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov) o llamar al número gratuito de la OCR 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla deben llamar al 7-1-1 para acceder a servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos gratuitamente formatos alternativos (como Braille y letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia lingüística para presentar una queja.

**Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.**

**No envíe solicitudes aquí.**

## RECURSOS COMUNITARIOS:

Si está atravesando dificultades financieras, es difícil recordar que no está solo. Hay muchos grupos y servicios que pueden ayudarlo. Los programas que se enumeran aquí podrían ser útiles para usted. Hemos incluido la información de contacto de la mayoría de estos, pero si necesita ayuda para encontrar alguno de los programas, o si tiene preguntas, llame al 1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS).

## MÉDICA

**NH Medication Bridge Program (Programa de ayuda para medicamentos):** ayuda a las personas a obtener los medicamentos que necesitan. 603-225-0900 <http://www.healthynh.com/medication-bridge.html>

**HAVEN:** servicios para víctimas de violencia doméstica y sexual.  
1-603-994-SAFE (7233) [línea directa confidencial las 24 horas] [www.havennh.org/](http://www.havennh.org/)

## VIVIENDA

**NH Housing Finance Authority Assisted Housing Division (División de Vivienda Asistida de la Autoridad Financiera de Vivienda de NH):** ayuda a encontrar viviendas asequibles en NH.  
800-640-7239 Línea TDD para personas con dificultades auditivas: (603) 472-8623 [www.nhhfa.org](http://www.nhhfa.org)

**Homeless Outreach Intervention (Programa de inclusión de personas sin hogar)**  
800-852-3345 ext. 9196 Retransmisión de Acceso TDD (800) 735-2964  
[www.dhhs.nh.gov/programs-services/housing-services/homeless-assistance-prevention-services](http://www.dhhs.nh.gov/programs-services/housing-services/homeless-assistance-prevention-services)

**NH Department of Energy (Departamento de Energía de NH):** ayuda a pagar la calefacción y la electricidad. 603-271-3670 [www.energy.nh.gov/energy-information/programs-initiatives](http://www.energy.nh.gov/energy-information/programs-initiatives)

## ASISTENCIA LEGAL

**NH Legal Assistance:** ofrece asistencia legal gratuita o a un costo reducido a las familias de bajos ingresos y personas mayores. [www.nhla.org](http://www.nhla.org)

<u>Berlin</u>	<u>Portsmouth</u>	<u>Concord</u>	<u>Manchester</u>	<u>Claremont</u>
800-698-8969	800-562-3994	800-921-1115	800-562-3174	800-562-3994

## EMPLEO

**NH Employment Security (Seguridad de Empleo de NH):** ayuda a las personas a encontrar trabajo y solicitar beneficios.

800-852-3400 Acceso TDD: Retransmisión NH 1-800-735-2964 [www.nh.gov/nhes](http://www.nh.gov/nhes)

## OTROS RECURSOS

**2-1-1 NH:** conecta de forma gratuita a las personas con los servicios disponibles en su comunidad. En el estado, marque sin costo **2-1-1** o llame al 866-444-4211 **Número TTY:** 603-634-3388  
[www.211nh.org](http://www.211nh.org)

**Al-Anon / Alateen**  
603-369-6930  
[www.nhal-anon.org](http://www.nhal-anon.org)

**Alcohólicos anónimos**  
800-593-3330  
[www.nhaa.net](http://www.nhaa.net)

**Child Care Aware of NH (Programa de Difusión sobre Cuidado de Niños de NH):** educa y apoya a las familias en relación con el cuidado de niños.

855-393-1731 o 603-578-1386  
[www.nh-connections.org](http://www.nh-connections.org)

**Consumer Credit Counseling Services (Servicios de Asesoramiento Crediticio para Consumidores):** ayuda a las personas a administrar el dinero, pagar facturas y ahorrar.  
800-550-1961 [www.greenpath.com](http://www.greenpath.com)

**Domestic Violence Hotline (Línea directa de Violencia Doméstica):** brinda asistencia a las víctimas de violencia doméstica.  
866-644-3574 [www.nhcadsv.org/member-programs](http://www.nhcadsv.org/member-programs)

**Food Pantries (Despensas de Alimentos):** brinda alimentos a las familias y personas necesitadas.  
603-669-9725 [www.nhfoodbank.org](http://www.nhfoodbank.org)

**Meals On Wheels (Comidas sobre Ruedas):** entrega comidas a las personas que no pueden salir de su casa. 1-888-998-6325 [www.mealsonwheelsamerica.org](http://www.mealsonwheelsamerica.org)

**Narcotics Anonymous (Narcóticos anónimos):** se enfoca en la adicción y la recuperación.  
888-624-3578 [www.qsana.org](http://www.qsana.org)

**NH Community Loan Fund (Fondo comunitario de préstamos de NH):** ayuda a las personas de ingresos bajos a ahorrar para una vivienda, la universidad o iniciar un negocio.  
603-224-6669 o [www.communityloanfund.org](http://www.communityloanfund.org)

**State of NH Division of Veterans Services (División de Servicios para Veteranos del estado de NH):** ayuda a veteranos y dependientes a obtener beneficios.  
800-622-9230 Acceso TDD: Retransmisión NH 1-800-735-2964 [www.dmavs.nh.gov/veterans-services](http://www.dmavs.nh.gov/veterans-services)

**Office of Health Equity (Oficina de Equidad Sanitaria)** Presta servicios de asistencia para el reasentamiento de refugiados. 603-271-3986  
[www.dhhs.nh.gov/programs-services/diversity-culture-inclusion](http://www.dhhs.nh.gov/programs-services/diversity-culture-inclusion)

**Pet Neutering Referrals (Servicios de castración de mascotas):** ayuda a los dueños de mascotas de ingresos bajos con los costos de esterilización o castración.  
(603) 271-3697

**Relay Services for the Hearing Impaired (Servicios de retransmisión para personas con dificultades auditivas)** 800-735-2964 o 711

**Service Link:** ayuda a las personas mayores, a los adultos con discapacidad y a sus familias.  
866-634-9412 [www.servicelink.nh.gov](http://www.servicelink.nh.gov)

**Social Security Administration (Administración del Seguro Social, SSA)** brinda beneficios a las personas discapacitadas, jubiladas y a los familiares sobrevivientes.  
800-772-1213 TTY: 800-325-0778 [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov)

**School Breakfast & Lunch Program (Programa de Desayunos y Almuerzos Escolares)** Ofrece desayunos y almuerzos gratuitos o a precio reducido a los niños en la escuela.  
Departamento de Educación 603-271-3494 o [info@doe.nh.gov](mailto:info@doe.nh.gov)

**SNAP Ed** Ofrece educación sobre la nutrición a los beneficiarios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). 603-255-3612  
[www.extension.unh.edu/health-well-being/programs/nutrition-connections](http://www.extension.unh.edu/health-well-being/programs/nutrition-connections)

**Waypoint** ofrece ayuda a las familias y los niños.  
800-640-6486 [www.waypointnh.org](http://www.waypointnh.org)

**Women, Infants & Children (Mujeres, Bebés y Niños, WIC):** brinda educación y alimentos a las mujeres embarazadas, madres y niños. 800-942-4321 Retransmisión de Acceso TDD (800) 735-2964  
[www.dhhs.nh.gov/programs-services/population-health/women-infants-children-nutrition-program](http://www.dhhs.nh.gov/programs-services/population-health/women-infants-children-nutrition-program)

**NH Commodity Supplemental Food Program NH-CSFP (Programa de alimentos complementarios de NH NH-CSFP)**  
Provee alimentos saludables para complementar el presupuesto de alimentos para adultos de 60 años o más.  
800-942-4321  
[www.dhhs.nh.gov/programs-services/adult-aging-caresupplemental-food-seniors](http://www.dhhs.nh.gov/programs-services/adult-aging-caresupplemental-food-seniors)