

## **¡NUEVO REQUISITO!**

**Debe presentar verificación de los gastos de calefacción y refrigeración. DHS ya no puede aceptar la auto-certificación para estos gastos. No proporcionar verificación puede causar una REDUCCIÓN en los beneficios de SNAP.**

Proporcione a DHS una verificación como una copia de su:

- **Factura de calefacción o refrigeración**
- **Factura del proveedor de servicios (aceite, gas, propano, madera, eléctrico)**
- **Contrato de alquiler o declaración del arrendador que indique que los servicios públicos se facturan por separado del alquiler en función del consumo, o que se le cobra una tarifa fija aparte del alquiler**

Si NO tiene gastos separados de calefacción o aire acondicionado, y NO tiene ningún miembro del hogar en edad avanzada o discapacitado, es posible que no sea elegible para la Asignación Estándar para Servicios Públicos (SUA), lo que podría reducir sus prestaciones.



**Cómo contactarnos**

Visite el sitio web: <https://healthyrhode.ri.gov>

Para preguntas sobre seguros médicos asequibles,  
llame a HealthSource RI al 1-855-840-4774.

Para preguntas sobre seguros médicos asequibles o  
programas de servicios humanos, llame al  
Departamento de Servicios Humanos al  
1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

## **AVISO DE DECISIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**

Este aviso le informa sobre los beneficios del programa de salud y servicios humanos. Esta página le informa nuestra decisión sobre sus beneficios. Encontrará más detalles en las páginas siguientes. Si tiene alguna pregunta, por favor contáctenos.

### **RESUMEN DE BENEFICIOS**

| <b>Programa</b>                             | <b>Decisión</b>             |
|---|-----------------------------|
| Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) | Sus beneficios disminuirán. |

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una audiencia de apelación. Hallará más información sobre el proceso de apelación al final de este aviso.

### **Ver su cuenta en línea O con la app móvil**

La información acerca de sus beneficios está también disponible en su cuenta, en <https://healthyrhode.ri.gov/> o instale la app móvil HealthyRhode en su Smartphone.

Puede acceder a esta cuenta utilizando el nombre de usuario . Si no recuerda la contraseña, la puede restablecer haciendo clic en "INICIAR SESIÓN" y luego en "¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?", en <https://healthyrhode.ri.gov/>. A través de su cuenta, usted puede solicitar o renovar beneficios, e informar de cambios.

## Detalles Sobre los Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP por sus siglas en ingles)

Sus beneficios de SNAP han cambiado efectivo en 11/01/2025. Usted obtendrá la cantidad de beneficio abajo enlistada:

| Período de Elegibilidad | ¿Quién es elegible?    | Cantidad                | Motivo del cambio  |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|--|
| 11/01/2025 a 03/31/2026 | [REDACTED]             | \$ [REDACTED]           | Sus beneficios disminuyeron debido a:<br>Cambio en estándares del programa SNAP debido a ajustes por el Asignación de servicios públicos estándar (SUA) y cambios en cálculos federales<br><br>Disminución de gastos de vivienda y servicios básicos |
|                         | ¿Quién no es elegible? | ¿Porqué no es elegible? |  |
|                         | NA                     | NA                      |  |

Base legal: NA

Con arreglo a lo dispuesto en las leyes federales sobre derechos civiles y en las normativas y políticas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones involucradas o que gestionan los programas del USDA, cometan discriminación por razones de raza, color, país de origen, sexo (incluidas identidad de género y orientación sexual), creencia religiosa, discapacidad, edad, ideología política, y la retaliación o represalias por acciones previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. También se prohíbe la discriminación en los programas que perciben ayudas económicas federales por parte del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS), como el programa de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), y programas que lleva a cabo directamente el HHS en virtud de la legislación federal en materia de derechos civiles y las normativas del HHS.

Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para conocer la información del programa (p. ej., Braille, fuente aumentada, grabación en audio, lengua de signos estadounidense), deben ponerse en contacto con la agencia (del estado o local) en la que solicitaron las ayudas. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidad del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el número de teléfono (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

#### QUEJAS SOBRE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DEL USDA

El USDA ofrece ayuda 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 (FDPIR) y otros. Para presentar una queja por discriminación en el programa, rellene el formulario de queja por discriminación en el programa, (AD-3027) que se encuentra en línea en el siguiente enlace: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf> y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamación, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentada al USDA a través de los siguientes cauces:

1. correo postal: Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
2. fax: (833) 256-1665 o (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 el SNAP, las personas deben ponerse en contacto con el número de la línea directa del SNAP del USDA en el número de teléfono (800) 221-5689, que también ofrece servicio en español, o llamar a los números de la línea directa/de información del estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de la línea directa por estado); se encuentra en línea en el siguiente enlace: <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>.

#### QUEJAS SOBRE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DEL HHS

El HHS ofrece ayuda financiera federal a muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, como el TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y otros. Si cree que ha sido discriminado por razones de raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS brinda asistencia 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 por discriminación en su nombre o en el de otra persona en relación con un programa que recibe ayuda financiera federal a través del HHS, rellene el formulario en línea a en el portal de quejas de la OCR que encontrará en el siguiente enlace: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede ponerse en contacto con la OCR por correo: 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 correo electrónico: [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov). Para una tramitación más rápida, le animamos a que utilice el portal en línea de la OCR para presentar las quejas en lugar de hacerlo por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar una queja sobre derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR: [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) o ponerse en contacto con la OCR a través del número de teléfono gratuito 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con problemas de audición o con dificultades para hablar, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos gratuitamente formatos alternativos (como Braille y fuente aumentada), ayudas auxiliares y servicios de asistencia lingüística para presentar una queja.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## DERECHOS

### Información sobre su cobertura y sus derechos:

**Usted tiene DERECHO** a solicitar y, en caso de que reúna los requisitos, a recibir asistencia financiera, servicios de Medicaid o a acceder a los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria en función de las políticas y normas establecidas conforme a las leyes estatales y federales

**Usted puede tener el derecho** de apelar y tener una Audiencia Administrativa Imparcial si no está de acuerdo con alguna de nuestras decisiones. En el Formulario de Apelación adjunto a este aviso, encontrará información detallada sobre su derecho a apelar y los plazos límite para hacerlo.

**Usted tiene DERECHO a la confidencialidad.** En virtud de las leyes estatales, todas las agencias que administran los programas incluidos en esta solicitud están regidas por leyes y reglamentaciones estatales y federales que exigen usar la información sobre usted y sobre los demás miembros de su grupo familiar solamente con fines que estén directamente relacionados con la administración de programas y de acuerdo con las normas para la privacidad de información médica de identificación individual de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act). Las restricciones de la HIPAA no nos permiten dar a conocer la información médica sobre usted o sobre algún miembro de su grupo familiar a nadie, incluido un representante no autorizado, a menos que esa persona tenga un poder notarial o que usted haya firmado un formulario de consentimiento para autorizar la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información sobre salud mental, resultados de pruebas de enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, o tratamientos o servicios de dependencia de sustancias químicas.

La EOHHS y el DHS no revelan información sobre usted ni sobre los demás miembros de su grupo familiar sin su consentimiento, excepto en los casos estipulados por las Leyes Generales 40-6-12, 40-6-12.1 y 42-7.2-5(13) de Rhode Island, disposiciones establecidas en el Código Administrativo del DHS y los Códigos de Normas Administrativas de Medicaid. Toda persona que sea considerada culpable de infringir las disposiciones de las Leyes Generales 40-6-12 de Rhode Island habrá incurrido en un delito menor. Quienes incumplan dichas disposiciones estarán sujetos a una multa de un máximo de doscientos dólares (\$200) o un encarcelamiento de hasta seis (6) meses, o ambas cosas.

**Usted tiene DERECHO** a nombrar a un representante autorizado. Un representante autorizado es una persona designada por el jefe de familia, el cónyuge o cualquier otro miembro responsable del grupo familiar, para actuar en representación del grupo familiar al solicitar beneficios de programas o al utilizar dichos beneficios. El representante autorizado en cuanto a los beneficios puede o no ser el mismo individuo designado como representante autorizado para el proceso de solicitud o para cumplir con los requisitos de informe. La designación del representante autorizado debe realizarse por escrito.

### **RESPONSABILIDADES**

#### **Información sobre su cobertura y sus responsabilidades:**

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de proporcionar información precisa sobre sus ingresos, recursos y condiciones de alojamiento en esta solicitud.

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de proporcionar los números de Seguro Social (o evidencia de que solicitó alguno) de usted y del resto de los integrantes de su grupo familiar, o de solicitarlos, en caso de que sea necesario, como una condición determinante para la elegibilidad. La recopilación de información mediante la solicitud, así como la información de los números del Seguro Social de todos aquellos miembros de su grupo familiar para los que usted recibe asistencia, está autorizada por la Ley de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Act) de 2008 (anteriormente conocida como "Ley de Cupones de Alimentos" (Food Stamp Act), y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2011-2036, y por la ley federal (45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910). Esta información se utilizará para determinar si su grupo familiar reúne los requisitos de elegibilidad o si sigue reuniéndolos para participar en el SNAP, Medicaid, RIW,



Asistencia Pública General (General Public Assistance, GPA), CCAP o el seguro médico comercial con ayuda financiera. El Departamento verificará esta información mediante comparaciones entre datos informáticos con el Departamento de Empleo y Capacitación, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos, el Servicio de Alimentación y Nutrición, y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por la ley, por regulaciones o contratos, y estarán sujetos a verificaciones por parte de funcionarios federales, estatales y locales. La información sobre ingresos y elegibilidad que obtengamos de estas agencias se utilizará para garantizar que su grupo familiar reúna los requisitos para los beneficios del SNAP, GPA, Cuidado Infantil, RIW, Medicaid y seguro médico comercial con ayuda financiera. Esta información también se utilizará para el control del cumplimiento de las regulaciones de programa, para la gestión de los programas y para evitar el fraude y verificar las reclamaciones relacionadas con la atención médica.

Esta información también podrá ser revelada a otras agencias federales y estatales para que se la examine de manera oficial y a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley a fin de facilitar la captura de personas que se encuentren fugitivas para evadir la ley. En el caso de que se interponga una demanda contra su grupo familiar, los datos de esta solicitud, entre ellos los números del Seguro Social, se enviarán a las agencias federales y estatales, como también a las agencias privadas para el cobro de las demandas. La acción de proporcionar la información solicitada es voluntaria. Sin embargo, se denegarán los beneficios a todas aquellas personas quienes no proporcionen un número del Seguro Social. Todos los números del Seguro Social que nos proporcione se utilizarán y revelarán de la misma manera que los números del Seguro Social de aquellos miembros del grupo familiar que reúnan los requisitos.

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de informar acerca de los gastos indicados y proporcionar evidencia de ellos, a fin de obtener el monto máximo permitido de beneficios del SNAP. Si usted no nos informa acerca de sus gastos, o no nos proporciona evidencia de ellos, entenderemos tal acción como una declaración de que no desea recibir una deducción por aquellos gastos sobre los que no nos informó o sobre los que no proporcionó evidencia.

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de cooperar plenamente con el personal federal o estatal que lleve a cabo revisiones de control de calidad.

Únicamente los ciudadanos estadounidenses y ciertos inmigrantes legales podrían ser elegibles para recibir beneficios del SNAP. A pesar de que haya personas viviendo con usted que no sean ciudadanos estadounidenses y que no reúnan los requisitos, podrá solicitar y recibir beneficios para otros miembros de su grupo familiar que sí los reúnan. No es necesario que proporcione la información de inmigración de las personas que no estén solicitando beneficios, pero deberá proporcionar otros datos acerca de esas personas, como sus ingresos y recursos.

#### **Disposiciones relativas a la reposición de la tarjeta de EBT de RIW/SNAP:**

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) retendrá la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) de aquellos beneficiarios que soliciten cinco (5) o más reemplazos de tarjeta de EBT en un período de doce (12) meses hasta que hablen con el personal de DHS sobre sus solicitudes de reemplazo de tarjeta, y podría remitir el asunto a la Unidad de Detección y Prevención de Fraudes, para que investigue si ha habido un uso indebido de la tarjeta de EBT. Si se comprueba que hubo un uso indebido, se procedería a aplicar una o más de las siguientes sanciones:

- Expulsión del programa;
- Recuperación a través de reembolso/restitución;
- Remisión para procesamiento penal

En todos los casos, la agencia actuará para proteger a los grupos familiares que incluyan personas sin hogar, ancianos o discapacitados, víctimas de delitos y demás individuos vulnerables que podrían perder sus tarjetas de transferencia electrónica de beneficios pero que no cometen fraude.

Entiendo que esta solicitud podrá utilizarse como autorización del Departamento de Servicios Humanos para solicitarles a los proveedores médicos información que sea pertinente para mí o cualquier persona que se incluya en esta solicitud, siempre y cuando el caso permanezca abierto.

Entiendo y acepto que la oficina del DHS podrá comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias para determinar mi elegibilidad y mi nivel de beneficios.

## **ADVERTENCIA DE SANCIONES PARA SNAP**

**Entiendo lo siguiente:**

**Cualquier miembro de mi grupo familiar que infrinja intencionalmente una regla del SNAP será suspendido de dicho programa durante un plazo que puede ir desde un año hasta una suspensión permanente; además, se le cobrará una multa de hasta \$250,000 o se le encarcelará por hasta 20 años, o ambos. Dicha persona también podría estar sujeta a juicio, conforme a otras leyes federales o estatales vigentes. También es posible que se suspenda a esta persona del SNAP durante 18 meses adicionales, si el tribunal así lo decidiera. Cualquier miembro de mi grupo familiar que infrinja intencionalmente una regla del SNAP podrá ser suspendido de dicho programa:**

- **Durante un período de un (1) año en el caso de la primera infracción, teniendo en cuenta las excepciones que se mencionan en los apartados 1. a 5. a continuación.**
- **Durante un período de dos (2) años después de la segunda infracción, teniendo en cuenta las excepciones que se mencionan en los apartados 1. a 5. a continuación.**
- **De manera permanente a partir de la tercera infracción intencional del programa.**

**1. Los individuos que sean condenados por un tribunal federal, estatal o local por haber utilizado o recibido beneficios del SNAP como consecuencia de una transacción que implique la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, se considerarán no elegibles de forma permanente para acceder al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria a partir de la primera infracción.**

**2. Los individuos que hayan hecho declaraciones o afirmaciones falsas sobre identidad o lugar de residencia a fin de recibir varios beneficios del SNAP simultáneamente no podrán participar en dicho programa durante un período de diez (10) años.**

**3. Los individuos que sean considerados culpables por parte de un tribunal federal, estatal o local por utilizar o recibir beneficios durante una transacción que implique la venta de una sustancia controlada (según se define en la sección 102 de la Ley de Sustancias Controladas (21 U.S.C. 802) no podrán recibir los beneficios durante dos años para el primer incumplimiento y de forma permanente para el segundo incumplimiento.**

**4. Los individuos que sean considerados culpables por parte de un tribunal por comprar o vender drogas ilegales o determinados medicamentos recetados a cambio de beneficios del SNAP no podrán participar en el SNAP durante 24 meses para el primer incumplimiento y de forma permanente para el segundo incumplimiento.**

**5. Un individuo condenado por un tribunal federal, estatal o local por haber traficado beneficios por un monto total de \$500 o más no será elegible de forma permanente para recibir los beneficios del SNAP a partir de la primera infracción.**

Según se define en la sección 271.2 del título 7 del CFR, el término “tráfico” significa lo siguiente:

- 1) Comprar, vender, robar o intercambiar beneficios del SNAP emitidos a través de tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT) y a los que se tiene acceso a través de estas, de números de tarjetas y números de identificación personal (PIN), o a través de vale y firma manuales, para dinero en efectivo o consideración distinta de alimentos elegibles, ya sea de manera directa o indirecta, en complicidad o connivencia con otros o actuando individualmente.
- 2) Intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas para obtener beneficios del SNAP.
- 3) Comprar un producto por medio de beneficios del SNAP, el cual tenga un envase que requiere un depósito de devolución con la intención de obtener dinero en efectivo al desechar el producto y devolver el envase para obtener el monto del depósito, desechar el producto y devolver el envase intencionalmente para obtener el monto del depósito.
- 4) Comprar un producto por medio de beneficios del SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o consideración distinta de alimentos elegibles al revender el producto y, luego, revender intencionalmente el producto adquirido con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o consideración distinta de alimentos elegibles.
- 5) Comprar de manera intencional productos que originalmente se compraron con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o consideración distinta de alimentos elegibles.
- 6) Intentar comprar, vender, robar o intercambiar de cualquier otro modo beneficios del SNAP emitidos a través de tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) y a los que se tiene acceso a través de estas, de números de tarjetas y números de identificación personal (PIN), o a través de vale y firma manuales, para dinero en efectivo o consideración distinta de alimentos elegibles, ya sea de manera directa o indirecta, en complicidad o connivencia con otros o actuando individualmente.

**NO proporcione información falsa ni oculte información con el fin de recibir o continuar recibiendo beneficios del SNAP que su grupo familiar no debería recibir.**

**NO utilice los beneficios del SNAP para comprar artículos que no sean alimentos, tales como bebidas alcohólicas y cigarrillos, ni para pagar cuentas de crédito.**

**NO intercambie ni venda (ni intente intercambiar o vender) la tarjeta de EBT ni utilice la tarjeta de EBT de otra persona para su grupo familiar.**

El DHS podrá utilizar o compartir información sobre esta solicitud para la administración de los programas del DHS, como también la administración de otros programas de asistencia financiados a nivel federal, conforme a las leyes, los contratos y las regulaciones estatales y federales.

EL DHS podrá divulgar información no identificable con fines de investigación. Cualquier tipo de divulgación de información de identificación se realizará conforme a las leyes estatales y federales.

### **Si usted tiene necesidades especiales de atención médica**

Es posible que usted y los miembros de su grupo familiar sean elegibles para recibir más servicios a través de Medicaid si algún miembro del grupo familiar tiene necesidades especiales de atención médica.

- Algún miembro de su grupo familiar tiene una discapacidad?
- Algún miembro de su grupo familiar necesita una residencia con cuidados de enfermería u otros servicios de cuidados de largo plazo?
- Algún miembro de su grupo familiar recibe facturas médicas elevadas o frecuentes? Si la respuesta es sí, averigüe si son elegibles por tener necesidades especiales de atención médica. Para obtener más información, llame al (855) 712-9158 o visite [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com)





STATE OF RHODE ISLAND

P.O. BOX 8709

CRANSTON, RI 02920-8787

**DERECHOS DE APELAR**

**Usted puede tener el DERECHO** de apelar y tener una Audiencia Administrativa Imparcial si no está de acuerdo con alguna de nuestras decisiones. Puede:

- 1. Llamarnos para discutir una decisión concerniente a sus beneficios.** Comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece en la parte superior de la primera página de este aviso. Cuando llame, no olvide tener a mano este aviso y el número del caso o de identificación.
- 2. Apelar en una Audiencia Administrativa Imparcial.** Una apelación es una solicitud formal de que se convoque una audiencia administrativa para revisar una decisión. Si quiere más información, por favor lea la sección sobre su derecho a tener una Audiencia Administrativa Imparcial.

**¿Qué es una audiencia imparcial?**

Una audiencia imparcial es la oportunidad de decirle a un funcionario de audiencias administrativas por qué usted está en desacuerdo con una decisión de la agencia acerca de su elegibilidad, sus beneficios o sus costos. En la audiencia también participa un representante de la agencia para explicar las razones por las cuales la agencia tomó esa decisión. El funcionario administrativo tiene la obligación legal de estudiar objetiva e imparcialmente los hechos del caso expuestos por ambas partes.

**Plazos tope para la presentación de apelaciones y solicitudes de audiencia administrativa**

El cuadro de abajo señala los plazos tope para presentar las apelaciones según cada programa. En algunos programas, usted puede continuar recibiendo los beneficios o servicios hasta que se tome una decisión en la audiencia, si presenta la apelación dentro del plazo tope indicado en el cuadro. Si no la presenta en dicho plazo, podría perder su derecho a apelar. Después de que usted presente la apelación, fijaremos la fecha para la audiencia y emitiremos una decisión en los 90 o 60 días siguientes, si la audiencia se relaciona con beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). En el caso de apelaciones correspondientes a HealthSource RI, la decisión se emitirá en los 90 días siguientes a la fecha de recepción de la solicitud de apelación, si es factible administrativamente.

| <b>Programa</b> | <b>Debe presentar la apelación en los:</b>                         | <b>Para continuar recibiendo beneficios mientras se espera por la decisión de la audiencia, debe hacer la apelación en:</b> |
|-----------------|--|---|
| Medicaid        | 30 días siguientes a la fecha del aviso + 5 días para envío postal | 30 días siguientes a la fecha del aviso + 5 días para envío postal  |
| SNAP            | 90 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso           | 10 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso  |

|                           |  |   |
|---------------------------|--|---|
| CCAP                      | 30 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso           | 10 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso (pero los beneficios pueden ser menores mientras se espera por la decisión de la audiencia)                              |
| GPA                       | 10 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso           | 10 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso (la solicitud debe hacerse por escrito)  |
| Seguro médico comercial   | 30 días siguientes a la fecha del aviso + 5 días para envío postal | 30 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso (debe llamar a HealthSource RI dentro de este plazo para solicitar continuar recibiendo beneficios durante la apelación) |
| Todos los demás programas | 30 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso           | 10 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso  |

### Apelaciones aceleradas

Tiene derecho a una apelación acelerada si tiene una necesidad inmediata de servicios de salud o beneficios de SNAP y si el hecho de esperar una apelación de tiempo estándar podría poner en peligro seriamente su vida o su salud, o la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la máxima función. Debemos decidir iniciar las apelaciones aceleradas tan pronto como sea posible, dadas las circunstancias. Si rechazamos su solicitud de una apelación acelerada, le informaremos rápidamente y manejaremos su apelación a través de nuestro proceso habitual.

### Su derecho de continuar recibiendo los beneficios mientras espera por una audiencia

Usted puede tener derecho a seguir recibiendo los mismos beneficios mientras espera por una audiencia. Esto se llama "Ayuda Pendiente". Exceptuando en el caso de seguros médicos comerciales obtenidos a través de HealthSource RI, si usted apela dentro de un plazo de 10 días, por lo general obtendrá "Ayuda Pendiente" automáticamente. A menos que usted demuestre lo contrario, asumiremos que recibió el aviso 5 días después de la fecha en el aviso de Medicaid o HealthSource RI.

Si tiene Medicaid y recibe asistencia pendiente, y luego pierde la apelación, el Estado podría cobrarle sus costos por brindarle los beneficios o servicios durante el período de asistencia pendiente. En el caso de HealthSource RI, la asistencia pendiente está disponible solamente si se apela una redeterminación de elegibilidad en los 30 días siguientes a la fecha de la solicitud de apelación, y dicha solicitud se hace por vía telefónica a HealthSource RI al 1-855-840-HSRI (4774). Si usted recibe créditos tributarios para ayudar a pagar sus primas y recibe asistencia pendiente, y luego pierde la apelación, podría deber más dinero en su pago de impuestos federales del siguiente año. Si paga primas mensuales, aún podría tener que pagarlas durante el período de asistencia pendiente.

Si recibe beneficios de SNAP, RIW o GPA y también recibe la Ayuda Pendiente, y luego pierde su apelación, puede que tenga que pagar los beneficios que recibió, pero a los que no tuvo derecho, durante este período.

### Derecho a representarse a sí mismo y derecho a ser representado

Usted tiene derecho a representarse a sí mismo en la audiencia, o ser representado por cualquier persona que usted elija, incluyendo un fiscal, abogado, amigo o pariente.

Se puede obtener asesoramiento legal de Rhode Island Legal Services, Inc. por el número 274-2652 o 1-800-662-5034. Si elige tener representación legal, el representante debe presentar una Notificación de Comparecencia escrita ante la Oficina de Audiencias en la audiencia o antes de ella. La Notificación de Comparecencia actúa como un comunicado de información confidencial que permite que el representante legal tenga acceso al expediente de la Agencia. También es necesario que la Oficina de Audiencias confirme la representación con fines de seguimiento, revisión, solicitud de continuación, etc.

**Case #:** [REDACTED]

**La elegibilidad de otros miembros del hogar puede verse afectada**

Nuestra decisión de apelación puede resultar en cambios en la elegibilidad de otro miembro de su hogar.

**Acceso al expediente de su caso**

Usted tiene derecho a ver el expediente de su caso, incluyendo cualquier evidencia que el Estado usará en su audiencia. Para ver este expediente, llámenos al número 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Si apela una medida tomada por HealthSource RI, puede solicitar una copia de su expediente por el número 1-855-840-HSRI (4774).

**Resolución informal**

Podemos arreglar su problema rápidamente sin una audiencia. Por favor, llame al número 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) para que podamos revisar su caso de manera informal. Si apela una medida tomada por HealthSource RI, puede comunicarse con HealthSource RI al número 1-855-840-HSRI (4774) para solicitar una revisión informal de su apelación. Nos pondremos en contacto con usted en un esfuerzo para resolver su apelación informalmente. Su derecho a una audiencia no se verá afectado por los esfuerzos para resolver su problema de esta manera.



**FORMULARIO DE APELACIÓN****Proceso de solicitud de apelación**

Puede solicitar una apelación de cualquiera de las formas que se indican a continuación. Si envía este formulario, el estado realizará una revisión de su caso para intentar resolver el problema.

- **En línea.** Inicie sesión en su cuenta de [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov) y haga clic en "presentar una apelación."
- **Por teléfono.** Puede presentar una apelación sobre Medicaid y cobertura de atención médica comercial a través de HealthSource RI llamando a HealthSource RI al 1-855-840-HSRI (4774). Para realizar preguntas sobre la presentación de apelaciones sobre programas de servicios humanos como SNAP, RIW, Child Care (cuidado infantil), GPA o SSP, llame al Departamento de Servicios Humanos al 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **En persona.** Para encontrar la oficina más cercana, visite [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) para consultar la ubicación de las oficinas.
- **Por correo.** Complete este formulario y envíelo a:  
ATN: Appeals State of Rhode Island, PO Box 8709 Cranston, RI 02920-8787.

Nombre (requerido): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (requerido): \_\_\_\_\_

Número de cuenta:(como figura en la parte superior de la notificación): \_\_\_\_\_

Dirección (requerido): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para hablar, leer o escribir en inglés? ☐ Sí ☐ No:

Si responde sí, ¿cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido (marcar con un círculo): correo electrónico / correo postal

Marque los motivos de su apelación:

**Cobertura de atención médica:**

\_\_\_\_ Medicaid  
\_\_\_\_ Comercial Plan - HealthSource RI  
\_\_\_\_ Ambos/no estoy seguro

**Servicios humanos:**

\_\_\_\_ SNAP  
\_\_\_\_ RIW  
\_\_\_\_ SSP  
\_\_\_\_ GPA  
\_\_\_\_ CUIDADO INFANTIL  
\_\_\_\_ CCRU

\_\_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Case #: [REDACTED]

Por favor, explique el motivo de su apelación:

¿Necesita servicios de salud importantes o beneficios del SNAP en forma inmediata? En ese caso, ¿quiere presentar una apelación urgente? ☐ Sí ☐ No :

Si la respuesta es sí, explique los problemas:

**ENTIENDO QUE SI LA DECISIÓN DE LA AUDIENCIA NO ES A MI FAVOR, DEBERÉ REEMBOLSAR TODOS LOS BENEFICIOS DEL SNAP Y DE ASISTENCIA PARA LOS QUE SE DETERMINE QUE NO SOY ELEGIBLE**

☐ Marque este casillero si alguien le ayudará a presentar la apelación o actuará como su propio representante durante el proceso de apelación. El representante puede ser un abogado, amigo o familiar. Proporcione la información de contacto de esta persona:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Desea que su cobertura y sus beneficios continúen sin cambios mientras espera una decisión de la audiencia? ☐ Sí ☐ No :

Al firmar abajo, estoy presentando mi apelación y declarando que toda la información que he proporcionado es veraz y exacta hasta donde sé.

Firma \_\_\_\_\_  
(Beneficiario)

Fecha \_\_\_\_\_

ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call . 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີຮ່ວມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-697-4347 TTY 711

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nìà kɛ dyédɛ gbo: Ɔ jũ ké m̃ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nìí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̃ gbo kpáa. Ɖá 1-855-697-4347 (TTY 711)

#### **Aviso de no discriminación**

La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS, por sus siglas en inglés), el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) y Healthsource RI (HSRI, por sus siglas en inglés) no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, creencias políticas, edad, religión o género en la aceptación o prestación de servicios, empleo o tratamiento, en su educación y otras actividades programáticas. En virtud de otras disposiciones de la ley aplicable, EOHHS/DHS/HSRI no discrimina por motivos de orientación sexual, identidad o expresión de género. Para obtener más información sobre estas leyes, reglamentos y procedimientos de quejas contra la discriminación para la resolución de quejas de discriminación, comuníquese con DHS a 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, número de teléfono (401) 462-2971 (para sordos/personas con discapacidad auditiva 1-800-745-6575 voz; TTY 711).