

# Instrucciones

Actualizado: 7/2020

## Propósito

- Notificar por escrito a los beneficiarios o a sus representantes que sus beneficios se han reducido o denegado, que se requiere un representante, cuál es el motivo de la medida adoptada y la fecha en que esta medida entra en vigor.
- Instruir a los beneficiarios sobre cómo reabrir sus casos.
- Informar a los beneficiarios o a sus representantes de sus derechos a una audiencia imparcial, una reunión informal y a seguir recibiendo los mismos beneficios que antes.
- Informar a los beneficiarios o a sus representantes de los procedimientos de la audiencia imparcial y los servicios legales gratuitos.
- Informar a los beneficiarios sobre los certificados de cobertura.

## Procedimiento

### **Cuándo se debe llenar**

El trabajador debe llenar el formulario H1017 si se le reducirán los beneficios o se denegará la solicitud o el caso activo del beneficiario, o si se asignará a un representante (o continúan las situaciones de gestión inadecuada).

### **Número de copias**

Un documento original y dos copias. **Nota:** La hoja de trabajo genérica está programada para imprimir dos copias del formulario 1017.

### **Entrega del formulario**

Entregue o envíe por correo el original y una copia al beneficiario el mismo día en que se imprima. Archive una copia en el expediente del caso en la sección legal.

Si el beneficiario firma y devuelve el formulario H1017 indicando que desea apelar, envíe dicho formulario junto con el formulario H4800,

Resumen de solicitud de una audiencia imparcial, y los anexos al funcionario de audiencias. El beneficiario también puede pedir la audiencia en persona o por teléfono.

**Nota:** En los casos SAVERR, el personal de la oficina de certificación entrega o envía por correo al beneficiario ambas copias impresas del formulario H1017 junto con el formulario H1017-A, (Aviso de negación o reducción de beneficios: derechos y responsabilidades del beneficiario) adjunto. Si el beneficiario devuelve una copia del formulario H1017 impreso en la que muestra que desea apelar, el personal envía esta copia junto con el formulario H4800 al funcionario de audiencias.

## Instrucciones detalladas

### **Página 1 del formulario H1017**

En la parte superior, anote:

- el nombre y dirección del beneficiario;
- el número de caso o de solicitud (SNAP para los beneficios de alimentos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, TANF para el programa de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas, números de Medicaid);
- la fecha en que se entrega el formulario al beneficiario;
- el nombre del funcionario certificador que completa el formulario;
- la dirección y el número de teléfono de la oficina y el número de la línea de ayuda regional; y
- la información sobre los servicios legales gratuitos. Si no hay ninguno, anote "ninguno disponible".

En la primera línea anote la sección específica de la norma en la cual se basa la acción. Si más de una sección del manual se aplica, anote la sección que más se aproxime al código del formulario H1000-A, Aviso de solicitud, o el formulario H1000-B, Registro de medidas adoptadas del caso.

**Nota:** Cuando se niegue una solicitud debido a un exceso de ingresos o recursos, consulte la tabla C-241: tabla de TANF y programas médicos, y la tabla C-242: tabla de SNAP, del manual de Texas Works, para obtener la referencia correspondiente del manual.

Marque la casilla correspondiente a la medida adoptada.

### **Reducción de la asistencia**

**TANF:** Escriba X en la primera casilla y X en la casilla que indica que se reducirá el cheque de TANF. Anote las cantidades anterior y nueva del cheque. Anote el primer día del mes, el mes y el año en que comenzará la reducción.

**Beneficios de alimentos SNAP:** Escriba X en la segunda casilla y X en la casilla que indica que se reducirán los beneficios de alimentos SNAP. Anote las cantidades anterior y nueva de los beneficios. Anote el primer día del mes, el mes y el año en que comenzará la reducción.

## **Nombramiento y continuación de un representante del beneficiario**

Escriba X en la primera casilla y X para indicar que el cheque de TANF requiere un representante designado. Anote el primer día del mes, el mes y el año en que se agregará el representante designado. Cuando se notifique al beneficiario después de una revisión completa que su representante seguirá vigente, anote el día del mes, el mes y el año en que la revisión completa entra en vigor.

## **Suspensión de la asistencia**

**TANF:** Si se deniega un caso, escriba X en la tercera casilla y X en la casilla de "TANF" en la misma línea. Anote el último día del mes, el último mes y el año en que al beneficiario se le vence la fecha para recibir asistencia.

Si se deniega un caso y la familia cumple los requisitos para recibir cobertura posterior de Medicaid, anote la fecha en que terminará esta cobertura en la partida de Medicaid en la misma línea.

**Beneficios de alimentos SNAP:** Si se deniega un caso, escriba X en la tercera casilla y X en la casilla de "beneficios de alimentos SNAP" en la misma línea. Anote el último día del mes, el último mes y el año en que al beneficiario se le vence la fecha para recibir beneficios.

## **Denegación de una solicitud (excepto por no acudir a las citas de TANF o Medicaid; por no proporcionar información en todos los programas)**

Si se deniega una solicitud, escriba X en la cuarta casilla y X en la casilla de la misma línea para indicar TANF, Medicaid o SNAP. Indique en la página 3 el motivo de la denegación. Nota: Si el beneficiario cumple los requisitos para Medicaid durante los meses anteriores, escriba X en la quinta casilla y anote los meses correspondientes.

## **Denegación de una solicitud por no acudir a citas (sólo de TANF y Medicaid) o por no proporcionar información**

Si se deniega una solicitud de TANF, Medicaid o SNAP por falta de información, o una solicitud de TANF o Medicaid por no acudir a una cita, escriba X en la sexta casilla e indique la fecha en que la denegación entra en vigor. Explique lo que el beneficiario necesita hacer para que se reconsidere la solicitud. Si la denegación se debe a no haber acudido a una cita, anote lo siguiente después de "Usted todavía tiene que:" \_\_\_\_\_."

Agregue el siguiente comentario en el espacio en blanco: "Llamar a su oficina local para solicitar otra cita".

Spanish: Escriba lo siguiente después de "Usted todavía tiene que:" \_\_\_\_\_."

Añada el siguiente comentario en el espacio en blanco: "Comunicarse con la oficina local para solicitar otra cita."

En el último espacio en blanco:

- Para solicitudes y recertificaciones extemporáneas, anote **el día 60.o** que sigue a la fecha de presentación para los casos en que el beneficiario no acudió a las citas o no proporcionó la información necesaria.
- Para recertificaciones presentadas a tiempo, anote el **día 30.o** que sigue al último día del último mes de beneficios.
- Para recertificaciones presentadas a tiempo después de una certificación de corto plazo, anote el **día 60.o** que sigue a la fecha de emisión de beneficios del último mes completo.

### **Página 3 del formulario H1017**

Marque la casilla que indica el motivo de la denegación.

### **Datos sobre el informe crediticio**

Cuando un informe crediticio recibido por el asesor de Texas Works durante el proceso de verificación de requisitos da como resultado que al beneficiario le corresponden menos beneficios de los que de otro modo recibiría, marque una "X" en la casilla de Reporte crediticio. Esta casilla debe marcarse además de la casilla que indica la razón específica de la denegación.

### **Comentarios**

### **Mensajes para la denegación**

Si la razón de la denegación es alguna de estas:

- la cantidad de dinero que recibe cada mes supera a la cantidad permitida, o bien
- el valor de sus posesiones (recursos) supera el valor permitido;

escriba en la sección de Comentarios, el nombre de cada miembro de la familia y su fuente de ingresos o recursos utilizados en la verificación de requisitos.

Si la razón de la denegación no aparece predeterminada en la página 3, anote una explicación específica de la denegación. Si la razón es que:

- no proporcionó información, indique la información específica que el beneficiario no proporcionó;
- se negó a proporcionar información, indique la información específica que el beneficiario se negó a proporcionar; o bien
- no acudió a una cita, indique la fecha de la cita.
- la familia no cumplía los requisitos para recibir el pago único para abuelos, indique la razón específica:
  - el ingreso bruto de la familia excede el límite de ingresos;
  - los recursos superan el límite de recursos;
  - el hogar no cumple con el requisito de parentesco; o bien

- el hogar ya ha recibido el pago único a los abuelos.
- la familia no cumplía los requisitos para recibir el Pago Único para Abuelos, porque:
  - el ingreso bruto del hogar sobrepasa el límite de ingresos;
  - los recursos sobrepasan el límite de recursos;
  - el hogar no cumple los requisitos de parentesco; o
  - el hogar ya ha recibido el Pago Único para Abuelos.

Los mensajes del beneficiario para los códigos de denegación SNAP y los códigos de nueva investigación y denegación de TANF están listados en C-200: códigos de apertura, denegación y nueva investigación, así como los mensajes del beneficiario correspondientes a los códigos de denegación de Medicaid. **Excepción:** Para denegaciones y reducciones relacionadas con el incumplimiento de las normas de los servicios de empleo, los mensajes para los beneficiarios se enumeran a continuación.

***Mensaje por incumplimiento del Programa de Servicios de Empleo (ESP) para los beneficios de alimentos de TANF y SNAP:*** Escriba el nombre de la persona que incumplió las normas y complete el mensaje del beneficiario con la frase a continuación que indica la duración de la sanción:

***TANF Y SNAP:***

(primer, segundo o subsiguiente incumplimiento de las normas) "durante al menos [un][tres][seis] meses. La sanción puede durar más tiempo si esta persona no se pone en contacto con nuestra oficina y acepta cumplir con los requisitos de los servicios de empleo o renuncia voluntariamente".

(primer, segundo o siguiente caso de incumplimiento) "por lo menos [uno] [tres] [seis] meses. La sanción puede durar más si esta persona no se comunica con nuestra oficina y se compromete a cumplir con los requisitos en cuanto a servicios de empleo."

Incluya el mensaje específico de la siguiente lista cuando a alguien se le descalifique o se le deniegue un caso de beneficios de SNAP debido a que voluntariamente:

- renunció a un trabajo o
- redujo sus horas laborales.
- "[Nombre del beneficiario] renunció voluntariamente a su trabajo más reciente sin causa justificada. Para volver a llenar los requisitos, esta persona debe obtener un trabajo similar".

"[Name of client] voluntariamente dejó su trabajo más reciente sin tener motivo justificado. Para volver a ser elegible, esta persona tiene que conseguir un trabajo parecido."

- "[Nombre del beneficiario] redujo voluntariamente sus horas laborales a menos de 30 horas a la semana sin causa justificada. Para volver a llenar los requisitos, esta persona debe comenzar a trabajar 30 horas o más a la semana".

"[Name of client] voluntariamente redujo sus horas de trabajo a menos de 30 horas por

semana sin tener motivo justificado. Para volver a ser elegible, esta persona tiene que trabajar más de 30 horas por semana."

Si se deniega el caso porque un miembro no asistió a la orientación de la fuerza laboral, use los siguientes mensajes especiales:

"Su solicitud ha sido denegada porque (es necesario el nombre del beneficiario) no asistió a la orientación de la fuerza laboral".

"Su solicitud ha sido negada porque \_\_\_\_\_ no asistió a la Orientación de la Fuerza Laboral."

***Mensaje para la*** notificación a la OIG (oficina del Inspector General) de casos pendientes de la oficina del Fiscal de Distrito (PDAC): Anote el siguiente mensaje en la sección de Comentarios del formulario H1017, electrónico o impreso, cuando inicie una acción adversa para eliminar una notificación a la OIG de PDAC. Proporcione los comentarios tanto en inglés como en español.

"(Nombre del beneficiario) ha sido descalificado por ser fugitivo (al huir para evitar ser procesado). Si la persona ha dejado de ser un fugitivo, usted puede pedir que el nombre de la persona se añada a su caso".

"(Client Name) ha perdido su elegibilidad por ser fugitivo (por huir para evitar enjuiciamiento). Cuando la persona ya no sea fugitivo (ya no esté huyendo para evitar enjuiciamiento), usted puede pedir que la persona sea añadida a su caso."

***Mensajes para la notificación de reducción de beneficios:*** Si la medida propuesta reduce los beneficios del hogar por otra razón, marque la casilla "Otro" y anote uno de los siguientes mensajes:

1. "Su ingreso familiar ha aumentado".  
"Han aumentado los ingresos de su casa."
2. "El tamaño de su familia ha cambiado".  
"Ha cambiado el número de miembros de su casa."
3. "Los gastos que esta agencia puede autorizar como deducciones de sus ingresos han disminuido."  
"Han disminuido los gastos que esta agencia puede aceptar como deducciones de los ingresos de su casa."
4. "(nombre) no puede recibir beneficios por no cumplir con el requisito de:
  - o ciudadanía,
  - o proporcionar o solicitar un número de Seguro Social,
  - o trabajar 20 horas a la semana. Para evitar la reducción o denegación de beneficios, esta persona debe comenzar a trabajar un promedio de 20 horas a la semana.

"(name) ha sido descalificado por no satisfacer el requisito de

- ciudadanía,
  - tener un número de Seguro Social, o haberlo solicitado,
  - trabajar 20 horas por semana. Para evitar la reducción o la Orientación n o la negación de beneficios, esta persona tiene que comenzar a trabajar un promedio de 20 horas por semana.
5. "Su periodo de certificación se ha extendido hasta [anote el último mes de beneficios]".  
"Su certificación para beneficios de comida del Programa SNAP se ha extendido hasta [enter last benefit mo.]"

***No proporcionar información a la OIG debido a un informe de comprobación:*** Agregue el siguiente mensaje en la sección de Comentarios cuando el asesor reciba una notificación de medidas adoptadas que indique que el beneficiario no proporcionó información a la OIG.

"Usted no proporcionó información a la Oficina del Inspector General. Comuníquese con [nombre y número de teléfono del investigador de la OIG] si tiene preguntas. **Usted puede volver a solicitar los beneficios, pero tendrá que presentar la información anteriormente solicitada**".

"Usted no presentó información a la Fiscalía General. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con [OIG investigator's name] al [investigator's phone number]. **Puede volver a solicitar beneficios, pero tendrá que presentar la información que se le pidió anteriormente.**"