

**One Time Temporary Assistance for Needy Families Acknowledgement**  
Acuso de recibo de Asistencia Temporal Única a Familias Necesitadas

<b>Name of Applicant</b> Nombre del solicitante	<b>Date of Birth</b> Fecha de nacimiento	<b>Social Security No.</b> Núm. de Seguro Social	<b>Application No.</b> Núm. de la solicitud
--	---	---	--

**I understand that since I will receive a ONE TIME cash payment of \$1000 from the One Time Temporary Assistance for Needy Families (OTTANF) Program, my family and I cannot receive any TANF-related benefits in Texas for 12 months. This includes TANF, TANF-SP, and OTTANF.**

**I also understand that future unemployment, absence, physical or mental incapacity, or death will not allow my family or me to receive any TANF or TANF-related benefits for 12 months after we receive an OTTANF payment.**

**I further understand that there are no Medicaid benefits with the OTTANF payment but that if I am interested in receiving Medicaid I can talk to my worker and apply for a Medical Program.**

Entiendo que, puesto que voy a recibir \$1000 en efectivo en UN SOLO PAGO del Programa de Asistencia Temporal Única a Familias Necesitadas (OTTANF), mi familia y yo no podremos recibir más beneficios en Texas de TANF, TANF-SP y OTTANF por 12 meses.

También entiendo que cualquier desempleo, ausencia, discapacidad física o mental o fallecimiento de algún miembro de la unidad familiar en el futuro, no permitirá que mi familia o yo reciba ningún tipo de beneficio de TANF o relacionado con TANF por 12 meses después de haber recibido un pago de OTTANF.

Además, entiendo que no hay beneficios de Medicaid con el pago de OTTANF pero que si estoy interesado en recibir Medicaid, puedo hablar con el trabajador y llenar una solicitud para un Programa Médico.

**ALL COPIES OF THIS FORM MUST HAVE ORIGINAL SIGNATURES.**  
TODAS LAS COPIAS DE ESTA FORMA DEBEN TENER UNA FIRMA ORIGINAL.

_____ <b>Signature—Applicant (Head of Household or Spouse)</b> Firma—Solicitante (responsable de la unidad familiar o cónyuge)	_____ <b>Date/Fecha</b>
--	----------------------------

_____ <b>Signature—Worker/Firma—Trabajador</b>	_____ <b>Date/Fecha</b>
---	----------------------------

Worker BJN	Employee No.
------------	--------------