

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) FORMULARIO DE INFORME DE CAMBIOS

(Favor de escribir en letra de molde legible)

CASO NÚMERO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SE LE EXIGE INFORMAR TODO CAMBIO EN LA SITUACIÓN DE SU HOGAR
SEGÚN LAS REGLAS A CONTINUACIÓN:

FECHA: _____

A:

DOMICILIO:

LLENE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO POR CORREO A:

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL DISTRITO LOCAL:

SU RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Favor de leer las preguntas y reglas con atención. Si usted no reporta todo cambio que está obligado a informar, de acuerdo con las reglas establecidas, podemos iniciar una reclamación por pago excesivo de los subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP – por sus siglas en inglés) y cobrarle dicho monto.

Los cambios que ESTÁ OBLIGADO a informar se explican a continuación. Los cambios que ESTÁ OBLIGADO a informar se explican a continuación. Usted puede informar, voluntariamente, todo cambio en la composición del grupo familiar que recibe SNAP. Si el cambio a reportar tendría como resultado un aumento en la cantidad de subsidios que recibe, una vez usted presente comprobantes de dicho cambio, aumentaremos la cantidad de subsidios que recibe.

¿PRESENTA USTED UN «INFORME SIMPLIFICADO» (SEIS MESES) O UN «INFORME DE CAMBIOS»? PUEDE RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA DETERMINAR SI USTED DEBE PRESENTAR UN «INFORME SIMPLIFICADO» O UN «INFORME DE CAMBIOS».

1. ¿Recibe subsidios transitorios de SNAP (TBA)?	<input type="checkbox"/> SÍ – Vaya a “TBA” en la página 3 (Salte las preguntas 2 a 8)	<input type="checkbox"/> NO – Vaya a la pregunta #2, a continuación
2. ¿Recibe subsidios del Proyecto de Mejora Nutricional del Estado de Nueva York (NYSNIP-) o subsidios del Proyecto de Solicitud Combinada del Estado de Nueva York (NYSCAP)? ¿Recibe subsidios del Proyecto de Solicitud Simplificada para Adultos Mayores (ESAP)?	<input type="checkbox"/> SI – Vaya a “NYSNIP/NYSCAP” en la página 3 salte las preguntas 3 a 8) <input type="checkbox"/> SÍ – Vaya a “ESAP” en la página 3 (Salte las preguntas 3 a 8)	<input type="checkbox"/> NO – Vaya a la pregunta #3, a continuación
3. ¿Es usted una persona certificada para recibir los subsidios SNAP por tres meses o períodos menores?	<input type="checkbox"/> SÍ – Vaya a “Informe de Cambios” en la página 2 (Salte las preguntas 4 a 8)	<input type="checkbox"/> NO – Vaya a la pregunta #4, a continuación
4. ¿Algún integrante de su grupo familiar recibe ingresos devengados que se contabiliza en el cálculo de sus subsidios SNAP?	<input type="checkbox"/> SÍ – Vaya a “Informe Simplificado” en la página 2 (Salte las preguntas 5 a 8)	<input type="checkbox"/> NO – Vaya a la pregunta #5, a continuación
5. ¿Son todos los adultos (de 18 años o más) de su grupo familiar permanentemente incapacitados o tienen 60 años o más?	<input type="checkbox"/> SÍ – Vaya a “Informe de Cambios” en la página 2 (Salte las preguntas 6 a 8)	<input type="checkbox"/> NO – Vaya a la pregunta #6, a continuación
6. ¿Recibe su grupo familiar \$0 en ingresos (incluyendo \$0 en Asistencia Temporal)?	<input type="checkbox"/> SÍ – Vaya a “Informe de Cambios” en la página 2 (Salte las preguntas 7 y 8)	<input type="checkbox"/> NO – Vaya a la pregunta #7, a continuación
7. ¿No tiene vivienda (domicilio fijo) o es usted trabajador agrícola migratorio o temporal?	<input type="checkbox"/> SÍ – Vaya a “Informe de Cambios” en la página 2 (Salte la pregunta 8)	<input type="checkbox"/> NO – Vaya a la pregunta #8, a continuación
8. Usted contestó “No” a todas las 7 preguntas anteriores	<input type="checkbox"/> Vaya a “Informe Simplificado” al principio de la página 2	

REGLAS DEL INFORME SIMPLIFICADO: Como hogar beneficiario de SNAP, según las reglas del «Informe Simplificado de Cambios», usted solamente tiene que informar cambios en la próxima revalidación, excepto en las tres situaciones siguientes:

1. **Si el ingreso bruto mensual de su hogar sobrepasa el 130% del índice de pobreza, DEBERÁ reportar esta cantidad mensual al distrito de servicios sociales por teléfono, por escrito o en persona, dentro de los 10 días de finalizado el mes calendario en el que supera el 130%.** El ingreso bruto es la cantidad de ingresos antes de pagar impuestos y descontar otras deducciones salariales y no la cantidad que usted recibe cuando cobra su cheque. Debemos utilizar el ingreso bruto al calcular su habilitación para recibir SNAP. La persona a cargo de su caso le explicará lo que significa el 130% del índice de pobreza para una familia con el número de integrantes como la suya. Todo otro tipo de ingreso que usted reciba, además de los ingresos devengados, deben ser agregados a su ingreso bruto con motivo de averiguar si sobrepasa el 130% del índice de pobreza. Ejemplos de otros tipos de ingresos que se toman en cuenta son: pagos de Sustento de Menores, Seguro por Desempleo, Asistencia Temporal (TA), Compensación Laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y pagos privados por incapacidad.

Si usted no nos informa que sus ingresos brutos sobrepasan el 130% del índice de pobreza en un determinado mes calendario, todos los beneficios recibidos después de ese mes se podrán considerar como pagos en exceso. Ello aplica aun cuando su ingreso bruto sea menos del 130% del índice de pobreza en un mes futuro.

2. **Si el período de certificación de su grupo familiar dura más de 6 meses:** En la fecha de la revisión de los seis meses de su período de certificación, usted recibirá un Formulario de Informe Periódico el cual usted **DEBE** devolver dentro de los diez días de recibirlo. Si su grupo familiar tiene algunos de los cambios que se mencionan a continuación, usted **DEBE** informarlos en el formulario que se le envía a la fecha de revisión de los seis meses.

Lista de cambios que debe informar en la revisión de los seis meses:

- Cambios en toda **fuentes de ingresos** de uno de los miembros del grupo familiar
 - Cambios en el total de **ingresos devengados** de su grupo familiar cuando dicho monto aumenta o disminuye por más de \$125 al mes
 - Cambios en el total de **ingresos no devengados** de su grupo familiar **provenientes de un fondo público**, tales como subsidios del Seguro Social o el Seguro por Desempleo, cuando dicho monto aumenta o disminuye por más de \$125 al mes
 - Cambios en el total de **ingresos no devengados** de su grupo familiar **provenientes de fondos privados**, tales como pagos de Sustento de Menores o Seguro Privado por Incapacidad, cuando dicho monto total aumenta o disminuye por más de \$125 al mes
 - Cambios en el monto del **pago por orden judicial de Sustento de Menores** que usted paga a favor de un niño que no es miembro del grupo familiar que recibe SNAP.
 - Cambios en **quiénes viven con usted**
 - **Si se muda**, su nuevo domicilio y los nuevos montos de alquiler o hipoteca; gastos de calefacción, aire acondicionado y servicios públicos
 - **Un automóvil nuevo o diferente**, u otro vehículo
 - Aumento en la cantidad de **dinero en efectivo, acciones, bonos, dinero en el banco** o instituciones de ahorro cuando la cantidad total en efectivo y en ahorros de todos los miembros del grupo familiar es más de \$2,750 (o más de \$4,250 si algún miembro del hogar está incapacitado o tiene 60 años de edad o más)
 - Todo cambio en su hogar que resulte en una sanción, tal como se explica en la página 6.
3. Si algún integrante de su hogar beneficiario del subsidio SNAP es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes (“ABAWD”), la persona bajo la categoría de ABAWD **DEBE** informar al distrito si las horas de trabajo se reducen a menos de 80 horas cada mes, debe informarlo dentro de los diez días de finalizado dicho mes. El distrito ofrecerá y le brindará a la persona bajo la categoría de ABAWD una actividad laboral que cumpla con el requisito laboral que le pueda ayudar a cumplir con el requisito federal ABAWD. Si algún integrante de su grupo familiar beneficiario de SNAP es una persona bajo la categoría de ABAWD, la persona bajo la categoría de ABAWD deberá informar si el grupo familiar de la persona ABAWD se ha mudado a una zona donde la exención federal ABAWD ha sido aprobada o si la persona bajo la categoría de ABAWD cree que debería ser exenta del requisito ABAWD.

REGLAS DEL INFORME DE CAMBIOS:

Según las reglas de «Informe de Cambios» en cuanto a los hogares que reciben SNAP, usted **DEBE** reportar los siguientes cambios dentro de 10 días de finalizar el mes en el que ocurre el cambio:

- Cambios en toda **fuentes de ingresos** de uno de los miembros del grupo familiar
- Cambios en el total de **ingresos devengados** de su grupo familiar cuando dicho monto aumenta o disminuye por más de \$125 al mes
- Cambios en el total de **ingresos no devengados** de su grupo familiar **provenientes de un fondo público**, tales como subsidios del Seguro Social o el Seguro por Desempleo, cuando dicho monto aumenta o disminuye por más de \$125 al mes
- Cambios en el total de **ingresos no devengados** de su grupo familiar **provenientes de fondos privados**, tales como pagos de Sustento de Menores o Seguro Privado por Incapacidad, cuando dicho monto total aumenta o disminuye por más de \$125 al mes
- Cambios en el monto del **pago por orden judicial de Sustento de Menores** que usted paga a favor de un niño que no es miembro del grupo familiar que recibe SNAP.
- Cambios en **quiénes viven con usted**
- **Si se muda**, su nuevo domicilio y los nuevos montos de alquiler o hipoteca; gastos de calefacción, aire acondicionado y servicios públicos
- **Un automóvil nuevo o diferente**, u otro vehículo
- En su grupo familiar hay un aumento de **dinero en efectivo, acciones, bonos, dinero en el banco o en una institución de ahorros** si el total del dinero en efectivo y ahorros de todos los miembros del grupo familiar sobrepasa los \$2,750 en un grupo familiar donde **no hay** un anciano o una persona con una incapacidad permanente; **o** \$4,250 cuando en el grupo familiar **hay** un anciano o una persona con una incapacidad permanente.
- Si algún integrante de su grupo familiar beneficiario del subsidio SNAP es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes (ABAWD), la persona bajo la categoría de ABAWD **DEBE** informar al distrito dentro de los diez días de finalizado dicho mes, si las horas de trabajo se reducen a menos de 80 horas. El distrito ofrecerá y le brindará a la persona bajo la categoría de ABAWD una actividad laboral que cumpla con el requisito laboral que le pueda ayudar a cumplir con el requisito federal ABAWD. Si algún integrante de su grupo familiar beneficiario de SNAP es una persona bajo la categoría de ABAWD, la persona bajo la categoría de ABAWD deberá informar si el grupo familiar de la persona ABAWD se ha mudado a una zona donde la exención federal ABAWD ha sido aprobada o si la persona bajo la categoría de ABAWD cree que debería ser exenta del requisito ABAWD.
- Todo cambio en su hogar que resulte en una sanción, tal como se explica en la página 6.

INFORME DE CAMBIOS – Hogares que reciben beneficios transitorios (TBA):

- La subvención transitoria de los subsidios SNAP puede continuar por un período de hasta cinco meses después de que se cierra su caso de Asistencia Temporal.
- No se le exige reportar cambios durante el período de transición. Si se producen cambios que puedan aumentar su subvención, comuníquese con el trabajador social para registrar un formulario de revalidación temprana en cualquier momento durante el período de transición para poder recibir el aumento. No se le puede aprobar el aumento hasta que no se registre una solicitud firmada de revalidación y se haya completado todo el proceso de revalidación.
- Debe revalidar próximo a la fecha de vencimiento de su período de transición para determinar si puede continuar recibiendo el subsidio SNAP una vez finalizado el período de transición. Le enviaremos un aviso recordándole de este requisito de revalidación. Si usted no presenta una revalidación, no le enviaremos ningún otro aviso y nos veremos obligados a cerrar su caso de SNAP.

NYSNIP/NYSCAP - Informe de Cambios - Participantes del programa NYSNIP/NYSCAP:

- Hacia la mitad del periodo de su certificación en el NYSNIP o en el NYSCAP, usted recibirá un formulario de "Contacto Provisional" que debe rellenar y devolver.
- Aparte de la carta de contacto provisional que usted recibe, no se le requiere reportar ningún cambio durante el período de certificación. Puede, voluntariamente, reportar aumentos en gastos médicos, vivienda, gastos de calefacción / aire acondicionado, servicios públicos o disminución de ingresos. Si usted reporta y comprueba esos cambios, es posible que reciba un aumento en la cantidad del subsidio SNAP que recibe. No es obligatorio, pero le sugerimos que si se muda nos informe de su nuevo domicilio, de manera que pueda seguir recibiendo los avisos que le enviamos.

ESAP - Informe de Cambios - Participantes del programa ESAP:

- Los hogares beneficiarios de ESAP están considerados bajo la categoría del Informe Simplificado, pero DEBEN también informar sobre los siguientes cambios dentro de los 10 días después de finalizado el mes en que se hicieron los cambios:
 - Cambios en quienes viven con usted
 - Si algún miembro del grupo familiar empieza a recibir ingresos devengados
 - Si algún miembro del hogar recibe ganancias sustanciales de \$4,250 o más derivadas de ganar un premio monetario en loterías o juegos de azar en un mismo juego, antes de impuestos y otras retenciones.
- Usted recibirá una carta de contacto 18 meses después del inicio de ESAP. NO se le requiere que devuelva esta carta de contacto, pero lo puede hacer voluntariamente y debe documentar cualquier cambio antes de tener un incremento de sus subsidios SNAP.

Asistencia Temporal (TA) - Reglas de Informe de Cambios: Las reglas anteriores aplican solamente al Programa SNAP. Si usted también recibe Asistencia Temporal (TA), todavía se le exige informar cambios relacionados con el programa TA dentro de los 10 días de haberse producido el cambio, en las comunicaciones de habilitación pertinentes al programa TA y en la revalidación.

Cuando usar este formulario:

Puede usar este formulario para informar todo cambio obligatorio o voluntario. También, puede utilizar este formulario para informar cambios en el costo de cuidado de niños o adultos discapacitados o cambios en los costos de vivienda, aun si no se ha mudado. Si estos gastos suben usted podrá habilitar para recibir un aumento en el subsidio SNAP.

Si algún integrante de su grupo familiar beneficiario del subsidio SNAP es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes (ABAWD), la persona bajo la categoría de ABAWD DEBE informar al distrito dentro de los diez días de finalizado dicho mes, si las horas de trabajo se reducen a menos de 80 horas. El distrito ofrecerá y le brindará a la persona bajo la categoría de ABAWD una actividad laboral que cumpla con el requisito laboral que le pueda ayudar a cumplir con el requisito federal ABAWD. Si algún integrante de su grupo familiar beneficiario de SNAP es una persona bajo la categoría de ABAWD, la persona bajo la categoría de ABAWD deberá informar si el grupo familiar de la persona ABAWD se ha mudado a una zona donde la exención federal ABAWD ha sido aprobada o si la persona bajo la categoría de ABAWD cree que debería ser exenta del requisito ABAWD.

Este formulario debe ser enviado por correo o fax o presentado a la agencia indicada arriba. Si por algún motivo usted no puede enviar por correo, por fax o entregar en persona este formulario, puede reportar los cambios en línea o por medio de myBenefits.ny.gov; o llamándonos al número que aparecen en la página 1 de este formulario.

RETIRO DEL PROGRAMA SNAP - Si usted ya no desea recibir los subsidios SNAP, firme aquí para retirar su participación del programa SNAP. Sus subsidios SNAP cesarán. Usted tiene derecho a oponerse a este retiro del programa si considera que se le ha proporcionado información incorrecta o incompleta sobre su habilitación para recibir los subsidios SNAP. Puede hacerlo solicitando una Audiencia Imparcial dentro de 90 días. Puede volver a solicitar el subsidio SNAP en cualquier momento después de haberse retirado del programa.

X _____

SI USTED RETIENE INFORMACIÓN PERTINENTE A CAMBIOS EN SU GRUPO FAMILIAR Y DE LOS CUALES USTED TIENE LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR, NOS ADEUDARÁ EL VALOR DE TODO SUBSIDIO ADICIONAL QUE RECIBA A CONSECUENCIA DE NO INFORMAR LOS CAMBIOS. SI USTED INTENCIONALMENTE RETIENE INFORMACIÓN CUANDO TIENE LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR, SE LE PODRÁ TAMBIÉN ELIMINAR DEL PROGRAMA SNAP Y ESTARÁ SUJETO A PROCESAMIENTOS PENALES (CONSULTE EL TEMA ADJUNTO TITULADO "ADVERTENCIA SOBRE LAS SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA SNAP» EN LA PÁGINA 6).

Use el formulario a continuación para informar cambios

CAMBIO EN LOS INGRESOS O FUENTE DE INGRESOS – Si usted presenta el Informe Simplificado, las reglas pertinentes a dichos cambios son explicadas a partir de la página 2. Si presenta el Informe de Cambios, las reglas pertinentes a dichos cambios también son explicadas en la página 2.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	NOMBRE DEL EMPLEADOR O FUENTE DE INGRESO	NUEVA CANTIDAD	SI TRABAJA, NÚMERO TOTAL DE HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA	¿CON QUÉ FRECUENCIA LO RECIBE?
1.		\$		
2.		\$		
3.		\$		

CAMBIOS EN EL HOGAR - Incluya a todos los nuevos miembros de su hogar, incluyendo a los recién nacidos. También incluya a los miembros que se han incorporado o retirado del hogar o que han fallecido.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	CAMBIO (MARQUE UNO)	FECHA	¿CON QUÉ FRECUENCIA LO RECIBE? (semanal, bisemanal, mensual)	SI TRABAJA, NÚMERO TOTAL DE HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA	FUENTE DE INGRESO
1.			<input type="checkbox"/> LLEGÓ AL HOGAR <input type="checkbox"/> SE FUE DEL HOGAR		\$		
2.			<input type="checkbox"/> LLEGÓ AL HOGAR <input type="checkbox"/> SE FUE DEL HOGAR		\$		
3.			<input type="checkbox"/> LLEGÓ AL HOGAR <input type="checkbox"/> SE FUE DEL HOGAR		\$		
4.			<input type="checkbox"/> LLEGÓ AL HOGAR <input type="checkbox"/> SE FUE DEL HOGAR		\$		

CAMBIO DE DIRECCIÓN

NUEVA DIRECCIÓN DE CORREO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
SI SU DIRECCIÓN NO INCLUYE EL NOMBRE DE LA CALLE, PROPORCIONE INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU CASA (si está desamparado(a), deje éste espacio en blanco)			NÚMERO DE TELÉFONO DONDE SE LE PUEDA LOCALIZAR () CÓDIGO DE ÁREA

CAMBIOS EN LOS COSTOS DE VIVIENDA - Si se ha mudado, se le exige indicar abajo sus nuevos gastos. Aunque no se haya mudado, puede usar esta sección para indicar cambios en su alquiler, pagos de hipoteca u otros gastos.

¿Es usted pensionista o renta una habitación? SÍ NO Si contesta «Sí», las comidas ESTÁN INCLUIDAS NO ESTÁN INCLUIDAS

ALQUILER	SÍ	NO	¿SI? CANTIDAD MENSUAL	CAMBIO (MARQUE UNO)
¿Paga usted por el alquiler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> Menos
¿Paga los siguientes gastos por separado del alquiler?	SÍ	NO		
• Calefacción y/o aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Servicios Públicos (electricidad, gas para cocinar, recolección de basura, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PAGO DE HIPOTECA	SÍ	NO	¿SI? CANTIDAD MENSUAL	CAMBIO (MARQUE UNO)
¿Paga usted una cuota de hipoteca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> Menos
¿Paga usted por los siguientes gastos por separado de la hipoteca?	SÍ	NO	¿SI? CANTIDAD MENSUAL	CAMBIO (MARQUE UNO)
• Impuesto sobre la propiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> Menos
• Seguro de Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> Menos
• Calefacción y/o aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Servicios Públicos (electricidad, gas para cocinar, recolección de basura, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

¿Vive usted en una vivienda de la "Sección 8" u otra vivienda subsidiada? SÍ NO ¿Vive usted en una vivienda pública? SÍ NO

CAMBIOS EN LA CANTIDAD DE AUTOMÓVILES O VEHÍCULOS - ¿Algún miembro de su grupo familiar compró, vendió o intercambió un automóvil, camión, barco, casa rodante, motocicleta u otro vehículo desde la última vez que nos informó acerca de sus vehículos?

MARCA	MODELO	AÑO	SI LO VENDIÓ, CANTIDAD RECIBIDA
1.			\$
2.			\$
3.			\$

CAMBIOS EN LOS AHORROS - Incluya el total de dinero que los miembros de su hogar tienen actualmente. Incluya dinero en efectivo, cuentas de ahorro, cuentas corrientes, acciones, bonos u otras inversiones. Se le exige informarnos si los ahorros de su hogar han incrementado a más de \$2,750 (o más de \$4,250 si un miembro del hogar tiene 60 años de edad o más, o es una persona incapacitada).	\$
---	----

CAMBIOS EN EL CUIDADO DE NIÑOS, GASTOS POR EL CUIDADO DE DEPENDIENTES O EN LA CANTIDAD PAGADA DE SUSTENTO DE MENORES - ¿Hay cambios en los gastos por el cuidado de niños o el cuidado de dependientes? De ser así, es posible que reúna los requisitos para obtener los subsidios de SNAP.

CAMBIO (MARQUE UNO)	¿PARA QUIÉN?	¿A QUIÉN LE PAGA USTED?	NUEVA CANTIDAD	FRECUENCIA DEL PAGO
1. <input type="checkbox"/> YA NO TIENE EL GASTO <input type="checkbox"/> TIENE EL GASTO			\$	
2. <input type="checkbox"/> YA NO TIENE EL GASTO <input type="checkbox"/> TIENE EL GASTO			\$	
3. <input type="checkbox"/> YA NO TIENE EL GASTO <input type="checkbox"/> TIENE EL GASTO			\$	

CAMBIOS EN LOS GASTOS MÉDICOS (doctores, dentistas, hospitales, recetas médicas, etc.) – Sólo se le requiere informar los cambios en los gastos médicos al momento de la revalidación. Sin embargo, cuando usted lo desee, puede voluntariamente reportar los gastos médicos incurridos por miembros del hogar que:

- tengan 60 años de edad o más
- sean cónyuges incapacitados o hijos de un veterano fallecido
- reciban Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI)
- reciban beneficios del Seguro Social por Incapacidad
- reciban beneficios por incapacidad para veteranos
- reciban una pensión gubernamental de jubilación por incapacidad
- reciban una pensión gubernamental de jubilación ferroviaria por incapacidad
- reciben asistencia médica por discapacidad.

Si usted informa y confirma un aumento en sus gastos médicos, usted podría ser una persona apta para recibir más subsidios de SNAP.

NOMBRE	TIPO DE GASTO	CANTIDAD	¿CON QUÉ FRECUENCIA HACE ESTE PAGO?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

¿CREE QUE LOS CAMBIOS QUE HA REPORTADO SE REPETIRÁN EL PRÓXIMO MES?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	---

Si contesta «NO», explique:

MARQUE ESTA CASILLA SI <u>NO TIENE CAMBIOS QUE REPORTAR</u> SOBRE EL HOGAR QUE RECIBE SNAP	<input type="checkbox"/> NO CAMBIOS
---	-------------------------------------

MODIFICACIÓN EN LOS SUBSIDIOS

Usaremos las respuestas que usted nos da en este formulario para saber si habrá una modificación en los subsidios del grupo familiar. Antes de efectuar cambios en sus subsidios, le enviaremos un aviso explicándole lo que sucederá. Si no está de acuerdo con nuestra determinación, tiene el derecho a una audiencia imparcial con motivo de oponerse a nuestra decisión.

ASEGÚRESE DE LEER Y FIRMAR LA PÁGINA 6



ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)

ADVERTENCIA SOBRE MULTA RELACIONADA CON SNAP – Toda información que usted suministre en relación con su solicitud de subsidio SNAP estará sujeta a verificación por autoridades federales, estatales y locales. De encontrarse información inexacta, se le podrá negar el subsidio SNAP. Se le someterá a enjuiciamientos penales si usted, a sabiendas, proporciona información incorrecta que afecte su habilitación para el monto de subsidios. Toda persona que esté en violación de una de las reglas de libertad condicional («probation») o libertad bajo palabra («parole») o que esté huyendo para evitar un juicio, custodia o prisión por un delito grave, y actualmente es un prófugo de la ley, no es apto para recibir los subsidios SNAP.

Si un integrante del grupo familiar beneficiario de SNAP es declarado culpable de Violación Intencional del Programa (IPV), esa persona no podrá recibir los subsidios de SNAP por un período de:

- 12 meses por la primera Violación Intencional del Programa SNAP (SNAP-IPV);
- 24 meses por la segunda Violación Intencional del Programa SNAP-IPV;
- 24 meses por la primera SNAP-IPV que se fundamente en un fallo judicial que establece que la persona usó o recibió subsidios SNAP en una transacción de venta de una sustancia controlada (drogas ilegales o ciertas drogas para las cuales se requiere una receta médica);
- 120 meses, si se le declara culpable de haber hecho una declaración falsa sobre su identidad o su domicilio, con el fin de obtener múltiples subsidios SNAP simultáneamente, a menos que se le inhabilite permanentemente por una tercera IPV;

Además, un tribunal de justicia también podrá prohibir que una persona reciba subsidios de SNAP por un período adicional de 18 meses.

La inhabilitación permanente de un individuo por:

- La primera SNAP-IPV que se fundamente en un fallo judicial que establece que la persona usó o recibió subsidios SNAP en una transacción de venta de armas de fuego, municiones o explosivos;
- La primera SNAP-IPV que se fundamente en una pena impuesta por traficar subsidios SNAP por un monto combinado de \$500 o más (tráfico constituye el uso, transferencia, adquisición, alteración o posesión ilegal de tarjetas de autorización o dispositivos de acceso de subsidios SNAP);
- Por la segunda SNAP-IPV que se fundamente en un fallo judicial que establece que la persona usó o recibió subsidios SNAP en una transacción de venta de una sustancia controlada (drogas ilegales o ciertas drogas para las cuales se requiere una receta médica);
- Todas las terceras Violaciones Intencionales del Programa SNAP.

Toda persona culpable de un delito grave por a sabiendas usar, transferir, adquirir, alterar o poseer fondos de SNAP, tarjetas de autorización o dispositivos de acceso, se le podrá imponer una multa de hasta \$250,000; una pena de prisión de hasta 20 años, o ambas sanciones. La persona también podrá estar sujeta a enjuiciamiento penal conforme las leyes federales y estatales vigentes.

Se le podrá declarar inhabilitado para recibir SNAP o declarado culpable de una Violación Intencional del Programa (IPV) si usted:

- Hace una declaración falsa o engañosa o hace una representación falsa, oculta o retiene hechos con el fin de habilitar para recibir subsidios o recibir más subsidios; o
- Comprar un producto con subsidios SNAP con el fin de obtener dinero en efectivo desechando intencionalmente el producto y devolviendo el envase por el monto del depósito; o
- Comete o intenta cometer un acto que constituya una violación de una ley federal o estatal con el objeto de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar subsidios de SNAP, tarjetas de autorización o documentos reusables utilizados como parte del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Además, no está permitido lo siguiente y se le puede inhabilitar para recibir el subsidio SNAP o estará sujeto a sanciones por las siguientes acciones:

- Usar o tener posesión de tarjetas EBT que no le pertenecen a usted sin el consentimiento del propietario de la tarjeta; o
- Usar el subsidio SNAP para comprar artículos no comestibles, tales como alcohol y cigarrillos, o pagar por comida previamente adquirida a crédito; o
- Le permite a otra persona usar su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT), a cambio de dinero en efectivo, armas de fuego, drogas, o para comprar alimentos para otras personas que no son integrantes del grupo familiar beneficiario de SNAP.

Si usted recibe un monto mayor de subsidio SNAP del que debería recibir (pago en exceso), debe reembolsarlo. Si su caso está activo, deduciremos el monto del pago en exceso de pagos futuros de subsidios SNAP que usted reciba. Si su caso está cerrado, usted puede devolver el monto en exceso regresando cualquier monto no utilizado de subsidios SNAP que reste en su cuenta, o puede pagar con dinero en efectivo.

Si tiene vigente un pago en exceso no reintegrado, el monto de dicho pago estará sujeto a acciones de cobro, inclusive el cobro automático por parte del gobierno federal. Las prestaciones federales (tales como el Seguro Social) y los reembolsos de impuestos a los que usted tenga derecho, se le podrán retener como pago del monto en exceso adeudado. A la deuda también se le sumarán los costos pertinentes de procesamiento.

Todo subsidio SNAP extraído de su cuenta EBT se usará para reducir los pagos en exceso pendientes. Si solicita nuevamente SNAP, y no ha pagado la cantidad que adeuda, se reducirá el subsidio SNAP si comienza a recibir SNAP nuevamente. Se le notificará en ese entonces del monto reducido de subsidios que usted recibirá.

CERTIFICACIÓN

Comprendo la naturaleza del castigo que se impone por ocultar o proveer información falsa. También, comprendo que adeudaré el valor de todo monto adicional que reciba de beneficios SNAP, como resultado de no informar todos los cambios que ocurran en mi hogar. Acepto comprobar los cambios, si fuese necesario. Las respuestas en este formulario son exactas y completas según mi leal saber y entender. Entiendo que mi firma autoriza a las autoridades federales, estatales y locales a comunicarse con personas u organizaciones con el fin de verificar la información que he proporcionado.

FIRMA

FECHA

X