

BADGERCARE+ PAQUETE DE SOLICITUD / REVISIÓN BADGERCARE PLUS APPLICATION/REVIEW PACKET

Esta es una solicitud para *BadgerCare Plus* y el programa *Family Planning Waiver*. Para aplicar, complete y firme esta solicitud, envíela o llévela a su agencia local de su condado o tribu (agencia local) o haga su solicitud por Internet en access.wi.gov. Para más información sobre como hacer su solicitud por Internet, vea abajo. Para obtener la dirección o número de teléfono de su agencia local, llame al 1-800-362-3002 o vaya a badgercareplus.org.

Si usted aplica por medio a esta solicitud o por Internet, tendrá que proveer pruebas de algunas de sus respuestas. Para más información sobre lo que necesitará proveer, vea la Sección Prueba / Verificación en la página 4.

Si usted requiere ayuda para llenar esta solicitud o si desea responder a las preguntas en persona o por teléfono, comuníquese con su agencia local.

Si usted tiene una discapacidad o requiere que esta información sea interpretada / traducida o hecha en un formato distinto, llame al (608) 266-3356 o al 1-888-701-1251 (TTY). Estos servicios son gratis.

ACCESS – HAGA SU SOLICITUD POR INTERNET

“ACCESS” es una opción por internet que le permite solicitar beneficios, verificar el estatus de sus beneficios o reportar cambios a su trabajador(a). Para visitar “access”, vaya a access.wi.gov. Una vez en “access,” usted puede solicitar para *foodshare wisconsin*, el cual es un programa que ayuda a las personas a comprar alimentos nutritivos. Para más información sobre *foodshare*, llame al 1-800-362-3002 o vaya a dhs.wisconsin.gov/em/customerhelp.

Su Agencia Local o Tribal

COMO USAR ESTE FORMULARIO

1. Lea las secciones “Información Importante,” “Derechos” y “Deberes” antes de aplicar.
2. Escriba claro y en letra de molde, use tinta azul o negra.
3. Lea las instrucciones, antes de responder a cualquier pregunta.
4. Responda a todas las preguntas. Podría haber un retraso en la recepción de beneficios de *BadgerCare Plus* si su solicitud no está completa.
5. Incluya información sobre todas las personas que viven en su casa. Enumere todos los niños que viven en su casa con usted por lo menos un 40% de las veces.
6. Si necesita más espacio, use una hoja de papel adicional.
7. Si está embarazada, incluya una nota firmada y fechada de parte de su proveedor de cuidado principal. (Para más información vea la Sección de Verificación/Prueba.)
8. Guarde las páginas del 1 al 8 y el “Reporte de Cambios de *BadgerCare Plus*” (Documento Adjunto 9) para uso en el futuro.
9. Si usted quiere que alguien llene la solicitud en su nombre, complete el formulario Autorización de Representante. Para obtener este formulario, o llame al 1-800-362-3002 o vaya a dhs.wisconsin.gov/em/customerhelp
10. Firme la solicitud. Las aplicaciones sin firmar serán devueltas
11. Una vez completa la solicitud deberá ser enviada a su agencia local. Si no hay una dirección en la casilla abajo, vaya a badgercareplus.org, o llame al 1-800-362-3002 (servicios de traducción y TTY disponibles) para conseguir la dirección de su agencia local.
12. Si usted quiere solicitar para *FoodShare*, complete el Adjunto 8. (Para más información vea la página 6.)



Para Preguntas sobre *BadgerCare Plus* sobre esta solicitud, comuníquese con su agencia local, llame al 1-800-362-3002 o vaya a badgercareplus.org.



Por favor, lea las páginas 1 hasta 8 para unas cosas importantes que necesita saber antes de aplicar.

INFORMACION IMPORTANTE

Lo siguiente es información importante que necesitará saber sobre su inscripción con *BadgerCare Plus*.

- Es importante que usted haga su solicitud tan pronto como le sea posible ya que la fecha de su solicitud es la fecha en que la agencia local recibe su solicitud firmada.
- Mujeres embarazadas y personas con ingresos por debajo de ciertos límites que hayan tenido facturas médicas durante cualquiera de los tres meses anteriores a la fecha de su solicitud, podrían obtener “cobertura retroactiva”. Si le gustaría solicitar cobertura retroactiva, llene el formulario “*BadgerCare Plus Request for Backdated Coverage*” (Solicitud de Cobertura Retroactiva de *BadgerCare Plus*) (Documento Adjunto 5) incluido en este paquete y envíelo con su solicitud ya completada. No hay cobertura retroactiva para el programa *Family Planning Waiver*.
- Si usted está inscrito en *BadgerCare Plus*, necesitará completar una revisión con su agencia local cada 12 meses para poder permanecer inscrito.

ACCESO AL GRUPO DE SEGURO MEDICO DE SU EMPLEADOR

Si hay un seguro médico patrocinado por su empleador disponible y el empleador paga por lo menos el 80% del total de su prima de seguro, usted podría no ser elegible para *BadgerCare Plus*.

El *Department of Health Services* verificará esta información con su empleador antes de usted ser inscrito.

DEDUCIBLE DE BADGERCARE PLUS

Si su hijo(a) no se puede inscribir debido a que él/ella tiene acceso a un seguro médico patrocinado por su empleador el cual paga un

80% o más de la prima y tiene un ingreso familiar superior al Límite de Pobreza Federal, es posible que él/ella aún pueda inscribirse mediante al cumplimiento de un deducible.

Un deducible es la diferencia entre el ingreso neto familiar y el 150% del Límite de Pobreza Federal en un período de 6 meses. Por ejemplo, si su ingreso mensual es de \$100 por encima del Límite de Pobreza Federal, usted tendrá que pagar un

deducible de \$600 ($\$100 \times 6 \text{ meses} = \600) para poder obtener beneficios. (Vea la página 28 para las pautas sobre ingresos.)

SEGURO MEDICO ADICIONAL

Como una condición de inscripción en *BadgerCare Plus*, usted debe informar a la agencia local cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar por cuidado médico en nombre suyo o de su familia. Usted debe cooperar proporcionando la información solicitada. Esto también incluye cualquier seguro que pueda estar disponible a través de un padre ausente o de un grupo de seguro médico de un empleador.

INFORMACION DE IDENTIFICACION PERSONAL/ NUMERO DE SOCIAL SECURITY (SSN)

La información de identificación personal y el número de *Social Security* son usados únicamente para la administración directa del programa *BadgerCare Plus*.

Si alguien en su familia no está solicitando los beneficios *BadgerCare Plus*, usted no necesitará proveer un número de *Social Security* (SSN) información de inmigración para esa persona. Cualquier persona que quiera recibir los beneficios de *BadgerCare Plus*, pero que no provea un SSN o solicite uno no puede inscribirse en *BadgerCare Plus*, de acuerdo con los estatutos de Wisconsin § 49.82(2).

Si usted está solicitando para *BadgerCare Plus* pero no tiene un SSN debido a sus creencias religiosas o por su condición de inmigrante, deje en blanco el espacio que corresponde al SSN en la solicitud.

Su SSN permite una verificación computarizada de su información con agencias gubernamentales tales como el *Internal Revenue Service* (IRS), *Social Security Administration*, *Department of Revenue*, *Department of Transportation* y el *Department of Workforce Development*. Además, el *Department of Health and Family Services* comparará su nombre y su SSN con la información proporcionada por las compañías de seguro médico determinar si usted tiene un seguro médico adicional.

Su SSN no será compartido con el *United States Citizenship and Immigration Services* (USCIS).

COOPERACION CON INFORMACION SOBRE SUSTENTO DE MENORES

En algunas situaciones, usted deberá cooperar con la *Child Support Agency* (Agencia de Sustento de Menores) para establecer paternidad, por medio a la ayuda de localizar un padre ausente y/o haciendo cumplir ordenes de responsabilidad de sustento médico si usted está solicitando *BadgerCare Plus*. Si usted no coopera con la *Child Support Agency* y no tiene una buena causa, sus beneficios podrían ser cancelados si usted no es una persona adulta y no está embarazada.

RECUPERACION DE BENEFICIOS DE BADGERCARE PLUS

La ley estatal de Wisconsin provee la recuperación de ciertos beneficios de *BadgerCare Plus* que usted haya obtenido por error. La ley también provee la recuperación de ciertos beneficios de *BadgerCare Plus* que usted obtenga después de haber cumplido los 55 años de edad.

DERECHOS

Leyes estatales y federales garantizan derechos para cada persona que solicita ser inscrita en *BadgerCare Plus*, los mismos incluyen el derecho a:

- Ser tratado con respeto por los empleados del estado y del condado,

- Mantener en forma confidencial toda información dada a agencias locales para determinar inscripción. (Esto no prohíbe el uso de dicha información para propósito de administración del programa).
- Tener acceso a registros y archivos de agencias locales relacionados con su caso, con la excepción de la información obtenida por la agencia local bajo promesa de confidencialidad,
- El derecho a permanecer inscrito en *BadgerCare Plus* aún si usted está temporalmente fuera del estado, si aún permanece residente de Wisconsin,
- Ser notificado si puede ser inscrito en *BadgerCare Plus* durante los 30 días a partir de la fecha en que la agencia local reciba su solicitud para *BadgerCare Plus*,
- Ser notificado por adelantado sobre cambios en sus beneficios o estatutos de inscripción,
- Pida acomodación razonable para participar en el programa por razón de discapacidad, o el derecho a solicitar intérpretes o traductores para participar en el programa, y
- Apelar por medio a la petición de una Audiencia Imparcial, cualquier acción tomada con relación a su solicitud o a los beneficios continuos de *BadgerCare Plus* con la que usted no esté de acuerdo.

AUDIENCIA IMPARCIAL

Usted podría apelar con el *Wisconsin Division of Hearings and Appeals* del estado o por medio a su agencia local si:

- Su solicitud para *BadgerCare Plus* fue negada por error,
- Su solicitud no fue procesada dentro de los 30 días a partir de la fecha en que la agencia local la recibió,
- Usted está en desacuerdo con la decisión que tomó la agencia local de discontinuar, cancelar, suspender o reducir sus beneficios, o bien
- Su solicitud para una autorización previa fue negada.

Usted podría solicitar una audiencia imparcial cuando escribe a:

WI Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

O llame al: Teléfono (608) 266-3096

La “Solicitud para una Audiencia Imparcial” se puede encontrar en dhs.wisconsin.gov/em/customerhelp.

Si usted decide escribir una carta en vez de usar el formulario, deberá incluir:

- Su nombre,
- Su dirección de correo,
- Una descripción breve del problema,
- El nombre de la agencia local,
- Su número de *Social Security*, y
- Su firma.

Su apelación debe incluir los hechos importantes de la situación y su número de caso de *BadgerCare Plus*. Una apelación se debe hacer a más tardar 45 días después de la fecha de la acción.

Usted también debe ponerse en contacto con la agencia donde usted hizo su solicitud y pedir ayuda para presentar una solicitud de Audiencia Imparcial. Consulte el manual *ForwardHealth Inscripción y Beneficios (P-00079S)* o el documento *Avisos y Decisiones* para más información sobre el proceso de audiencia imparcial. Usted recibirá un manual una vez que se haya tomado una decisión sobre su solicitud o puede encontrar el manual en dhs.wisconsin.gov/em/customerhelp.

DEBERES

Usted tiene el deber de proveer información verdadera y completa en esta solicitud, en los documentos adjuntos o en cualquier otro formulario(s) necesario para la inscripción en el programa *BadgerCare Plus*.

REPORTE DE CAMBIOS

Si usted se inscribe en *BadgerCare Plus*, debe informar los siguientes cambios dentro de 10 días:

- Si se muda a una nueva dirección o fuera del estado y se hace residente de ese estado (vea “Nota” abajo),
- Si alguien se muda dentro o fuera de su casa, o si alguien sale embarazada o da a luz,
- Si sus arreglos de vivienda cambian (por ejemplo: si se va a un clínica de reposo u otra institución), y
- Si su ingreso neto mensual sobrepasa el límite del programa para el número de personas en su familia.

Si ha habido un cambio en su ingreso y su ingreso neto mensual sobrepasa el límite del programa para el número de personas en su familia, usted deberá informar el cambio para el décimo día del mes siguiente.

El límite de ingreso del programa para el número de personas en su familia estará en los avisos de *BadgerCare Plus*. Usted siempre debe ver el aviso más reciente con el fin de ver el límite de ingreso establecido para el número de personas en su familia.

BadgerCare Plus Family Planning Waiver

Si usted está inscrito en el programa del *BadgerCare Plus Family Planning Waiver*, sólo necesita reportar estos cambios dentro de 10 días:

- Si se muda a una nueva dirección o fuera del estado, o
- Si sus arreglos de viviendas cambian (por ejemplo: se va a un hogar de ancianos u otra institución.)



Nota: Si usted se muda fuera del estado y no reporta que se mudó dentro de 10 días, usted será responsable de reembolsar al programa de *BadgerCare Plus* por cualquier pago que ellos hayan hecho a su HMO. Por ejemplo, si *BadgerCare Plus* pagó a su HMO \$475 por mes, la cantidad de sobrepago que usted tendrá que reembolsar a *BadgerCare Plus* es \$475 por cada mes que se le pago al HMO, aún si usted no uso su tarjeta de *ForwardHealth*.

COMO REPORTAR CAMBIOS

Reporte cambios por Internet en ACCESS.wi.gov, llame a su agencia local o puede usar el formulario "Informe de Cambio de *BadgerCare Plus*" (Documento Adjunto 9).

PRUEBA / VERIFICACION

Usted necesitará proveer prueba sobre cierta información. A continuación se encuentran algunos ejemplos de pruebas.

PRUEBA DE CIUDADANIA / IDENTIDAD

Las personas que estén solicitando *BadgerCare Plus* deberán proveer pruebas de su identidad, ciudadanía y/o condición de inmigrante. Si usted ya ha proporcionado estas pruebas no necesita proporcionarlas de nuevo.

CIUDADANOS DE LOS ESTADO UNIDOS

Si usted es un ciudadano de los Estados Unidos, algunos ejemplos sobre lo que usted puede usar para proveer pruebas de ciudadanía e identidad se encuentran en la Lista 1.

Lista 1

- Pasaporte de los Estados Unidos,
- Certificado de Ciudadanía de los Estados Unidos, o
- Certificado de Naturalización de los Estados.

Si usted no tiene ninguno de los artículos en la Lista 1, usted debe proveer un artículo de la Lista 2 y otro de la Lista 3.

Lista 2

- Certificado de Nacimiento de los Estados Unidos,
- Informe del Departamento de los Estados Unidos de Nacimiento en el Extranjero (*U.S. State Department Report of Birth Abroad*),
- Tarjeta de ID de Ciudadanía de los Estados Unidos,
- Papeles de adopción que muestren nacimiento en los Estados Unidos,
- Registro de hospital de nacimiento en los Estados Unidos,
- Registro de Servicio Militar en los Estados Unidos,

- Registro de seguro de vida o médico que muestre nacimiento en los Estados Unidos, o
- Papeles de admisión a una clínica de reposo que muestren nacimiento en los Estados Unidos.

Lista 3

- Licencia de conducir del estado,
- Tarjeta de ID emitida por el gobierno federal, estatal o local,
- Tarjeta de ID de Dependiente Militar de los Estados Unidos,
- Tarjeta de ID Militar de los Estados Unidos o registro de reclutamiento que muestre nacimiento en los Estados Unidos,
- Tarjeta de ID escolar con fotografía, o
- Para niños menores de 18 años de edad, formulario firmado de Declaración de Identificación. (Adjunto 6 de este paquete.)

INMIGRANTES

Si usted es un inmigrante solicitando *BadgerCare Plus*, debe enviar una copia de documentación de INS/USCIS que muestre su condición de inmigrante.



Nota: Los inmigrantes indocumentados sólo pueden inscribirse para los servicios de cuidado de salud de emergencia. Sin embargo, las mujeres embarazadas pueden inscribirse en *BadgerCare Plus Prenatal Services* (Servicios Prenatales de *BadgerCare Plus*).

PRUEBA DE INGRESO

Ingreso de Trabajo y Salarios

Miembros de familia adultos que estén empleados deben proveer pruebas de sus ingresos. Esta información se puede proveer en el formulario *Employer Verification of Earnings* (EVF-E) o puede usar los talonarios de cheques que usted haya obtenido en los últimos 30 días. Si desea obtener un formulario llame a su agencia local. Si ya está inscrito, se espera que usted provea pruebas sobre esta información en su revisión anual y cuando cambie de trabajos.

Empleo por Cuenta Propia

Usted debe proveer prueba de cualquier ingreso de empleo propio que cualquier miembro de la familia tenga. Usted podría usar copias de sus formularios de impuestos para proveer esta prueba.

Otros Ingresos

Usted debe proveer pruebas de cualquier otro ingreso que su familia reciba (por ejemplo, pensiones, Compensación de Empleado, pago por discapacidad, pago por desempleo de otro estado, etc.).

OTRAS PRUEBAS

Su trabajador(a) podrían pedirle otras pruebas. Vea algunos ejemplos a continuación sobre otros artículos para los cuales usted tal vez tenga que proveer pruebas.

- Gastos médicos para cumplir con un deducible,
- Documentación para personas con Poder Notarial (Power of Attorney) y Custodia (Guardianship),
- Embarazo. (Usted necesitará una declaración firmada por parte de su proveedor de cuidado de salud que indique que usted está embarazada, la fecha estimada de dar a luz y si va a tener nacimientos múltiples.)
- Activos. (Sólo para aquellos que estén solicitando para el programa *Medicare Premium Assistance*.)

MEDICARE PREMIUM ASSISTANCE

Si usted o alguien en su casa reciben *Medicare* Parte A y/o B, es posible que usted o esta persona obtenga ayuda con el pago de sus primas, copagos y deducibles de *Medicare*. Esto se llama programa de *Medicare Premium Assistance*. Para ver si

usted se puede inscribir en el programa, usted necesitará completar el Adjunto 7 – Activos, y proveer pruebas de estos activos.

FOODSHARE WISCONSIN

FoodShare Wisconsin fue creado para ayudar a parar el hambre y para mejorar la salud y la nutrición. *FoodShare* ayuda a las personas de escasos recursos a comprar los alimentos que ellos necesitan para gozar de una buena salud.

Para iniciar una solicitud de *FoodShare*, complete el Adjunto 8 o vaya a access.wi.gov.

Para más información sobre *FoodShare* Wisconsin, visite dhs.wisconsin.gov/em/customerhelp.

CLAVE DE CODIGOS

Los siguientes códigos se deben usar en las secciones 1 y 3 de la solicitud.

Códigos de Estado Civil

A = Anulado
D = Divorciado(a)
LS = Legalmente Separado(a)
M = Casado(a)
N = Nunca se casó
S = Soltera(a)
W = Viuda(o)

Códigos de Antecedentes de Raza / Étnico

(Esta información es voluntaria y no se usará para determinar elegibilidad.)

A = Asiático
B = Negro
H = Origen Hispano
I = Indio Americano / Nativo de Alaska
P = Nativo de Hawai / De la Isla del Pacífico
S = Southeast Asian
W = White

LISTA DE VERIFICACION

Por favor lea y marque cada uno de los siguientes puntos antes de enviar su solicitud. Esto podría ahorrar tiempo en el proceso de su solicitud.

- Lea las secciones sobre los Derechos y Deberes.
- Complete todas las secciones en la solicitud que correspondan a usted y a su familia.
- Incluya junto con su solicitud cualquier prueba, documentación adicional u hojas de papel que hayan sido usadas para completar esta solicitud.
- Incluya prueba de cualquier ingreso que usted o miembros de su familia hayan recibido en los últimos 30 días.
- Si usted es un ciudadano de los Estados Unidos, provea pruebas de ciudadanía e identidad. Si usted ya ha proporcionado estas pruebas, no tendrá que proveerlas de nuevo. Por favor envíe copias. No envíe las originales.
- Si usted es un ciudadano de los Estados Unidos, provea pruebas de su condición de inmigrante.
- Si usted está solicitando en nombre de un solicitante, incluya el formulario “Authorized Representative” (Representante Autorizado) o la documentación legal que le permite ser la persona nombrada con poder notarial o custodia de las finanzas del solicitante.
- Si está solicitando cobertura retroactiva (backdated coverage), llene e incluya la “Solicitud de Cobertura Retroactiva de BadgerCare Plus” (BadgerCare Plus Backdated Coverage Request) (Documento Adjunto 5).
- Guarde las páginas del 1 al 8 y el “Informe de Cambios de BadgerCare Plus” (BadgerCare Plus Change Report) (Documento Adjunto 9) para cambios en el futuro.
- Firme y feche el formulario de solicitud.

Si tiene disponible los artículos mencionados arriba el día en que envía esta solicitud, inclúyalos con esta solicitud. Usted será contactado por la agencia local y se le pedirá que provea prueba de cualquier información omitida, conflictiva o imprecisa, si la información afectara la decisión sobre su inscripción en *BadgerCare Plus*.

Si tiene alguna dificultad en obtener lo que usted necesita para documentar su ciudadanía y/o identidad, comuníquese con su agencia local para que le puedan ayudar.

Envíe su solicitud completa a la agencia local de su condado o tribu a la dirección que aparece en la página 1 o para conseguir la dirección de la agencia local en su área, llame al 1-800-362-3002 o vaya a badgercareplus.org.

DISCRIMINACION

El *Department of Health Services* es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos. Toda persona que esté solicitando o que reciba beneficios está protegida en contra de cualquier discriminación basada en raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, o religión. Leyes estatales y federales requieren que todos los beneficios de cuidado de salud de *BadgerCare Plus* sean proveídos de forma no discriminatoria.

Para preguntas sobre derechos civiles, llame al (608) 266-9372 (voz) o al 1-888-701-1251 (TTY).

Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con:

WI Department of Health Services
Affirmative Action/Civil Rights Compliance
Office

1 W. Wilson, Room 555
Madison, WI 53707-7850

Teléfono: (608) 266-9372 (voz)
(888) 701-1251 (TTY)
(608) 267-2147 (fax)

O bien con

U.S. Dept of Health and Human Services
Office for Civil Rights – Region V
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601

Teléfono: (312) 886-5077 (voz) o
(312) 353-5693 (TTY)

SOLICITUD DE *BADGERCARE PLUS*

Instrucciones

- Use tinta azul o negra
- Escriba todas las fechas en el formato mes/día/año (por ejemplo 04/02/58)
- Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio.
- Guarde las páginas del 1 al 8 y el “*BadgerCare Plus Change Report*” (Documento Adjunto 9) para uso en el futuro.
- Los códigos de Raza o Étnico son opcionales. Los códigos se encuentran en la página 5.

For County or Tribal Agency Use Only

Case Number _____

Date Received _____

SECCION 1 – INFORMACION SOBRE EL SOLICITANTE

En esta sección le haremos preguntas sobre usted, el solicitante.

Nombre – Solicitante (apellido, nombre, inicial)		Nombre al nacer y/o nombres anteriores		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	
Dirección		Ciudad		Estado	
Dirección de correo, si es distinta a la de arriba		Ciudad		Estado	
¿Dónde nació usted? (ciudad/estado/condado)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número de <i>Social Security</i> y/o Tarjeta de Residencia	
				Código de Raza o Étnico (vea la página 6 para los códigos)	
¿Es usted el solicitante, solicitando para <i>BadgerCare Plus</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Está usted solicitando sólo para el <i>Family Planning Waiver</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Necesita usted ayuda con el pago por cuidado de salud en algunos de los tres meses anteriores, para alguien en su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió “Sí,” complete el formulario <i>BadgerCare Plus Request for Backdated Coverage</i> (Documento Adjunto 5) en este paquete.					
¿Hay alguien en su casa ciego, discapacitado o que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Desea que se imprimen sus avisos en <input type="checkbox"/> Inglés o <input type="checkbox"/> Español?			¿Qué idioma hablan en su casa?		
¿Cuál es su código de estado civil? (vea la página 6 para los códigos.)		¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Si usted no es un ciudadano, tiene usted un patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es usted miembro de una tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Es usted hijo(a) de un miembro de una tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SECCION 2 – LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE USTED

Por favor díganos como nos podemos poner en contacto con usted. Favor de incluir los códigos de áreas para todos los números de teléfono.

Número de Teléfono ()	Tipo de Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
Otro Número de Teléfono ()	¿A quién pertenece este número de teléfono? <input type="checkbox"/> A usted <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Vecino(a) <input type="checkbox"/> Pariente
Dirección de correo electrónico (<i>email</i>)	
¿Cuál es la mejor forma y la mejor hora de contactarle durante los días de trabajo?	

SECCION 3 – OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Díganos sobre todas las demás personas que viven en la casa, aún si las mismas no están solicitando beneficios. Vea la página 5 para que consulte los códigos de estado civil y los códigos de raza y étnico. Haga una lista de todos los niños que viven en su casa con usted el 40% de las veces. Incluya cualquier niño que usted sea responsable de cuidar que pase seis meses o menos fuera de la casa. También incluya cualquier niño que haya sido sacado de su casa y puesto en “foster care” o con un pariente. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio.

Nombre – Esposo(a) u Otro Adulto (apellido, nombre, inicial)		Nombre al Nacer	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)
Está solicitando los beneficios de <i>BadgerCare Plus</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está usted solicitando sólo para el <i>Family Planning Waiver</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Dónde nació él/ella? (ciudad/estado/condado)	Número de <i>Social Security</i> y/o Tarjeta de Residencia	
Código de raza o étnico (vea la página 6 para los códigos)	Código de estado civil (vea la página 6)	¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con el solicitante
¿Es usted miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted hijo/a de un miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es patrocinador de un inmigrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre – Niño 1 (apellido, nombre, inicial)		Nombre al Nacer	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)
Está solicitando los beneficios de <i>BadgerCare Plus</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está solicitando sólo para el <i>Family Planning Waiver</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Dónde nació él/ella? (ciudad/estado/condado)	Número de <i>Social Security</i> y/o Tarjeta de Residencia	
Código de raza o étnico (vea la página 6)	Código de estado civil (vea la página 6)	¿Es él/ella ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con el solicitante
¿Es él/ella miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es hijo/a de un miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está este niño en “foster care” o vive con un pariente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*¿Ha sido la paternidad establecida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre – Niño 2 (apellido, nombre, inicial)		Nombre al Nacer	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	
Está solicitando los beneficios de <i>BadgerCare Plus</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está solicitando sólo para el <i>Family Planning Waiver</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Dónde nació él/ella? (ciudad/estado/condado)		Número de <i>Social Security</i> y/o Tarjeta de Residencia	
Código de raza o étnico (vea la página 6)	Código de estado civil (vea la página 6)	¿Es él/ella ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con el solicitante	
¿Es él/ella miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es hijo/a de un miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está este niño en “foster care” o vive con un pariente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*¿Ha sido la paternidad establecida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre – Niño 3 (apellido, nombre, inicial)		Nombre al Nacer	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	
Está solicitando los beneficios de <i>BadgerCare Plus</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está solicitando sólo para el <i>Family Planning Waiver</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Dónde nació él/ella? (ciudad/estado/condado)		Número de <i>Social Security</i> y/o Tarjeta de Residencia	
Código de raza o étnico (vea la página 6)	Código de estado civil (vea la página 6)	¿Es él/ella ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con el solicitante	
¿Es él/ella miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es hijo/a de un miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está este niño en “foster care” o vive con un pariente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*¿Ha sido la paternidad establecida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre – Niño 4 (apellido, nombre, inicial)		Nombre al Nacer	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	
Está solicitando los beneficios de <i>BadgerCare Plus</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está solicitando sólo para el <i>Family Planning Waiver</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Dónde nació él/ella? (ciudad/estado/condado)		Número de <i>Social Security</i> y/o Tarjeta de Residencia	
Código de raza o étnico (vea la página 6)	Código de estado civil (vea la página 6)	¿Es él/ella ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con el solicitante	
¿Es él/ella miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es hijo/a de un miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está este niño en “foster care” o vive con un pariente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*¿Ha sido la paternidad establecida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

*Complete sólo si la persona es un niño/a cuyos padres no estaban casados en el momento de su nacimiento. Marque “Sí” si la paternidad ha sido establecida por una acción judicial o por un *Voluntary Paternity Acknowledgement* (Reconocimiento de Paternidad Voluntaria). Marque “No”, si la paternidad no ha sido establecida.

SECCION 4 – OTRA INFORMACION

Usted debe responder con “Sí” o “No” a cada de una de las preguntas enlistadas abajo. Si responde “Sí,” usted deberá ir a los documentos adjuntos siguientes y completar la sección indicada.

-
- A. ¿Está alguien en su casa embarazada? Sí No
Si respondió “Sí,” complete el Documento Adjunto 1, “Mujer Embarazada.”
- B. ¿Tiene algún niño(a) menor de 18 años, (incluyendo bebés que aún no hayan nacido) un padre/madre biológico o adoptivo que no está viviendo en la casa? Sí No
Si respondió “Sí,” complete el Documento Adjunto 1, “Padre /Madre Ausente.” Si usted tiene entre 15 y 18 años de edad y está solicitando solo los servicios del programa Family Planning Waiver para si mismo, no necesita completar el Documento Adjunto 1, “Padre/Madre Ausente.”
- C. ¿Recibirá alguien en su casa un ingreso de trabajo este mes o el próximo mes? Sí No
Si respondió “Sí,” complete el Documento Adjunto 2, “Trabajo.”
- D. ¿Tiene alguien en su casa un empleo por cuenta propia? Sí No
Si respondió “Sí,” complete el Documento Adjunto 3, “Empleo por Cuenta Propia.”
- E. ¿Recibe alguien en su casa un ingreso por otra fuente que no sea de trabajo? Sí No
Algunos ejemplos sobre estos ingresos incluyen Social Security, Supplemental Security Income (SSI), manutención, sustento de menor(es), Compensación de Empleado, Seguro de Desempleo, discapacidad o pago por enfermedad, Beneficios de Veteranos, etc. Si responde “Sí,” complete Documento Adjunto 3, “Otro Ingreso.”
- F. ¿Tiene alguien seguro médico o de salud en estos momentos, o en los tres meses anteriores?
 Sí No Si respondió “Sí,” complete el Documento Adjunto 4, “Seguro Médico.”
- G. Si su hijo(a) tiene acceso a un seguro médico patrocinado por su empleador en el cual el empleador paga por lo menos un 80% de la prima, ¿le gustaría inscribir a su hijo(a) en *un BadgerCare Plus* deducible? Sí No (Para más información sobre el *BadgerCare Plus* Deducible, vea la página 2)
Si responde sí, ¿cual es el nombre(s) del niño(s)? _____
- H. ¿Hay alguien en su casa ordenado por la corte a pagar por sustento de un menor? Sí No
Si responde sí, complete el Documento Adjunto 4, “Ordenes de Sustento de un Menor.”
- I. ¿Estuvo alguien en su casa bajo cuidado temporal (foster care), de familiares a cargo o de tutela con subsidio ordenados por la corte cuando él/ella cumplió los 18 años de edad? Si responde sí, nombre de la persona(s) _____
- J. ¿Desea usted o alguien más en su casa solicitar para *FoodShare*? Sí No
Si responde sí, complete el Documento Adjunto 8, “Registración para *FoodShare* Wisconsin.”
-

SECCION 5 – FIRMA

Por favor lea la siguiente declaración antes de firmar. Si hay alguna parte de esta solicitud que usted no entiende, comuníquese con su agencia local.

Bajo pena de ley y/o perjurio, yo declaro haber leído y entendido esta solicitud y cualquier información adjunta y de acuerdo con mi mejor saber y entender, la información que yo he dado es verdadera, correcta y completa. Yo entiendo la pena por dar información falsa o romper las reglas. Entiendo que debo proveer pruebas de que lo que he dicho es verdad. Entiendo que tendré que rembolsar cualquier beneficio pagado en mi nombre que haya sido emitido por error debido a que no reporte cambios o proporcione información completa y correcta.

Entiendo mis derechos así como también mis deberes y estoy de acuerdo con cumplirlos.

Yo sé que hay leyes federales que declaran que cualquier información que yo haya dado deberá ser revisada y verificada por personal del estado. También, entiendo que debo cooperar por completo con los trabajadores federales y estatales si mi caso es revisado. No es necesario un permiso adicional de mi parte para obtener cualquier prueba u otra información.

Entiendo que *BadgerCare Plus* no paga por el costo médico que un tercero, tal como una compañía de seguro médico particular o alguien que me haya lesionado, esté supuesto a pagar. Por lo tanto, yo asigno y doy mis derechos para que cualquier pago proveniente de un tercero responsable de pagar vaya al *Wisconsin Department of Health Services* hasta que quede cubierta la cantidad pagada por *BadgerCare Plus* para cubrir mis gastos de cuidado de salud. Esta asignación aplica para cualquiera de mis hijos menores. Estos pagos podrían incluir pagos de hospital y pólizas de seguro médico o bien pagos recibidos por convenio de pago como resultado de un accidente.

Entiendo que mi firma autoriza a la agencia local y al *Wisconsin Department of Health and Family Services* a solicitar cualquier información que sea apropiada y necesaria para la administración correcta de *BadgerCare Plus* como es autorizado bajo la ley de Wisconsin.

FIRMA – Solicitante o Representante Autorizado	Fecha de la Firma
---	-------------------

DOCUMENTO ADJUNTO 1 (ATTACHMENT 1)

Si necesita más espacio para cualquiera de las secciones, use una hoja de papel adicional.

MUJER EMBARAZADA

Usted necesitará proveer prueba por parte de un proveedor de cuidado de salud sobre su embarazo.

Nombre de la mujer embarazada	Fecha de dar a luz	Si es un nacimiento múltiple, número de bebés que espera.
-------------------------------	--------------------	---

PADRE / MADRE AUSENTE

¿Existe alguna razón por la cual usted no quiera proveer información sobre un padre / madre ausente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," deje esta sección en blanco. Usted será contactado por la agencia local del condado o tribu para más información. Si respondió "No," complete la sección siguiente.	
Nombre del padre/madre ausente (apellido, nombre, inicial)	Nombre del niño o escriba "no nacido" si está embarazada (apellido, nombre, inicial)
Nombre del padre/madre ausente (apellido, nombre, inicial)	Nombre del niño (apellido, nombre, inicial)
Nombre del padre/madre ausente (apellido, nombre, inicial)	Nombre del niño (apellido, nombre, inicial)

DOCUMENTO ADJUNTO 2 (ATTACHMENT)

EMPLEO

Complete esta sección para cualquier persona en su casa que vaya a recibir un ingreso de trabajo *in-kind* en este mes o en el próximo mes. Por medio a ingresos *in-kind* queremos decir un trabajo que paga sólo con bienes o servicios en vez de dinero. Por ejemplo, alguien que reciba vivienda gratis a cambio de trabajo. Use una hoja de papel adicional si se necesita más espacio.

Nombre de la persona empleada (apellido, nombre, inicial)		Nombre del empleador, dirección y número de teléfono	
Fecha en que comenzó su empleo (mes/día/año)			
¿Está esta persona de huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántas horas a la semana trabaja esta persona? _____	
¿Le pagan a esta persona por hora o recibe un salario? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario	Si le pagan por hora, ¿a cuánto le pagan cada hora? \$ _____	Si es un salario, ¿cuánto le pagan por cada período de pago? \$ _____	
¿Recibe esta persona dinero en efectivo y/o propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada período de pago? \$ _____	¿Recibe esta persona bonos y/o comisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada período de pago? \$ _____		
¿Con que frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Otro Si marcó otro, explique: _____			
Tipo de Trabajo <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal		Título de Trabajo <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Personal	
Si su empleo termino, fecha en que termino (mes/día/año)	Fecha de su último cheque de sueldo	Cantidad de su último cheque de sueldo \$ _____	¿Es esta persona un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre de la persona empleada (apellido, nombre, inicial)		Nombre del empleador, dirección y número de teléfono	
Fecha en que comenzó su empleo (mes/día/año)			
¿Está esta persona de huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántas horas a la semana trabaja esta persona? _____	
¿Le pagan a esta persona por hora o recibe un salario? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario	Si le pagan por hora, ¿a cuánto le pagan cada hora? \$ _____	Si es un salario, ¿cuánto le pagan por cada período de pago? \$ _____	
¿Recibe esta persona dinero en efectivo y/o propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada período de pago? \$ _____	¿Recibe esta persona bonos y/o comisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada período de pago? \$ _____		
¿Con que frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Otro Si marcó otro, explique: _____			
Tipo de Trabajo <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal		Título de Trabajo <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Personal	
Si su empleo termino, fecha en que termino (mes/día/año)	Fecha de su último cheque de sueldo	Cantidad de su último cheque de sueldo \$ _____	¿Es esta persona un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

EMPLEO

Complete esta sección para cualquier persona en su casa que vaya a recibir un ingreso de trabajo *in-kind* en este mes o en el próximo mes. Por medio a ingresos *in-kind* queremos decir un trabajo que paga sólo con bienes o servicios en vez de dinero. Por ejemplo, alguien que reciba vivienda gratis a cambio de trabajo. Use una hoja de papel adicional si se necesita más espacio.

Nombre de la persona empleada (apellido, nombre, inicial)		Nombre del empleador, dirección y número de teléfono	
Fecha en que comenzó su empleo (mes/día/año)			
¿Está esta persona de huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántas horas a la semana trabaja esta persona? _____	
¿Le pagan a esta persona por hora o recibe un salario? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario	Si le pagan por hora, ¿a cuánto le pagan cada hora? \$ _____	Si es un salario, ¿cuánto le pagan por cada período de pago? \$ _____	
¿Recibe esta persona dinero en efectivo y/o propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada período de pago? \$ _____	¿Recibe esta persona bonos y/o comisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada período de pago? \$ _____		
¿Con que frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Otro Si marcó otro, explique: _____			
Tipo de Trabajo <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal		Título de Trabajo <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Personal	
Si su empleo termino, fecha en que termino (mes/día/año)	Fecha de su último cheque de sueldo	Cantidad de su último cheque de sueldo \$ _____	¿Es esta persona un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre de la persona empleada (apellido, nombre, inicial)		Nombre del empleador, dirección y número de teléfono	
Fecha en que comenzó su empleo (mes/día/año)			
¿Está esta persona de huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántas horas a la semana trabaja esta persona? _____	
¿Le pagan a esta persona por hora o recibe un salario? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario	Si le pagan por hora, ¿a cuánto le pagan cada hora? \$ _____	Si es un salario, ¿cuánto le pagan por cada período de pago? \$ _____	
¿Recibe esta persona dinero en efectivo y/o propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada período de pago? \$ _____	¿Recibe esta persona bonos y/o comisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada período de pago? \$ _____		
¿Con que frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Otro Si marcó otro, explique: _____			
Tipo de Trabajo <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal		Título de Trabajo <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Personal	
Si su empleo termino, fecha en que termino (mes/día/año)	Fecha de su último cheque de sueldo	Cantidad de su último cheque de sueldo \$ _____	¿Es esta persona un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DOCUMENTO ADJUNTO 3

EMPLEO POR CUENTA PROPIA

Enliste las cantidades que usted reportó al IRS en su formulario de impuestos. Si usted no llenó su formulario de impuestos el año pasado, deje el ingreso anual neto y las casillas de depreciación en blanco. Su agencia local se comunicará con usted para más información.

Nombre de la persona con empleo por cuenta propia	Nombre y dirección del negocio
Ingreso Anual Neto \$	
Cantidad de depreciación reclamada \$	Tipo de negocio
¿Espera usted algún cambio en su ingreso neto este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre de la persona con empleo por cuenta propia	Nombre y dirección del negocio
Ingreso Anual Neto \$	
Cantidad de depreciación reclamada \$	Tipo de negocio
¿Espera usted algún cambio en su ingreso neto este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

OTROS INGRESOS

Favor de enlistar abajo cualquier otro ingreso que usted y/o su familia reciba cada mes

Tipo de ingreso	Nombre de la persona que recibe este ingreso (nombre, apellido, inicial)	Cantidad Mensual Bruta
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

DOCUMENTO ADJUNTO 4

SEGURO MEDICO

Complete lo siguiente si alguien tiene seguro médico o de salud en estos momentos, o en los tres meses anteriores.

Nombre del Asegurado	Nombre y dirección de la compañía de seguro
Número de Póliza	
Fecha Inicio	
¿Quién está o estuvo cubierto bajo esta póliza? Nombre(s) de los Miembros de Familia: _____	
¿Terminó esta cobertura en los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", ¿en qué fecha termino la cobertura? _____ ¿Por qué termino la cobertura? _____	
¿Es/fue este seguro proveído por un empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", ¿Cuál es el nombre del empleador? _____	
¿Cubre este seguro los servicios de un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene alguien en su casa <i>Medicare</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió "Sí", ¿Cual es el nombre de esta persona?
¿Desea esta persona ayuda con el pago de <i>Medicare</i> Parte A y/o deducibles o primas de la Parte B? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", complete el documento Adjunto 7 - "Activos"	

SUSTENTO DE MENORES

Complete esta sección para las persona(s) en su casa que tengan una orden de la corte de pagar por sustento de un menor. Si usted recibe sustento de un menor, indique la cantidad que usted recibe en el Documento Adjunto 3, debajo de "Otro Ingreso."

¿Quién está ordenado por la corte a pagar por sustento de un menor?	Cantidad mensual ordenada por la corte \$
¿Quién está ordenado por la corte a pagar por sustento de un menor?	Cantidad mensual ordenada por la corte \$

DOCUMENTO ADJUNTO 5

SOLICITUD PARA COBERTURA

Si usted está solicitando cobertura retroactiva, complete, firme y devuelva este documento junto con su solicitud. La cobertura retroactiva sólo puede ser aplicada a los últimos tres meses. Por favor recuerde que, el solicitar cobertura retroactiva no garantiza que usted estará inscrito por los meses solicitados.

Si la información en el formulario de solicitud es diferente para cualquiera de los tres meses anteriores al mes de su solicitud, indique las diferencias abajo para cada mes que usted esté solicitando cobertura retroactiva. Algunas diferencias podrían incluir: dirección, personas en su familia, ingreso, seguro médico. Usted debe proporcionar prueba de ingresos para cualquiera de los tres meses que usted está solicitando cobertura retroactiva.

¿En que fecha quiere usted que se inicie la cobertura? _____

1. ¿Para qué mes está usted solicitando cobertura retroactiva? _____

¿Hay alguna diferencia en la información incluida en el mes de su solicitud en comparación con este mes?

Sí No Si respondió "Sí", describa los cambios.

Si hubo una diferencia en sus ingresos, ¿cuál fue el total de su ingreso familiar bruto para este mes? \$ _____

2. ¿Para qué mes está usted solicitando cobertura retroactiva? _____

¿Hay alguna diferencia en la información incluida en el mes de su solicitud en comparación con este mes?

Sí No Si respondió "Sí", describa los cambios.

Si hubo una diferencia en sus ingresos, ¿cuál fue el total de su ingreso familiar bruto para este mes? \$ _____

3. ¿Para qué mes está usted solicitando cobertura retroactiva? _____

¿Hay alguna diferencia en la información incluida en el mes de su solicitud en comparación con este mes?

Sí No Si respondió "Sí", describa los cambios.

Si hubo una diferencia en sus ingresos, ¿cuál fue el total de su ingreso familiar bruto para este mes? \$ _____

FIRMA – Solicitante / Representante Autorizado

Fecha de la Firma

DOCUMENTO ADJUNTO 6

DECLARACION DE IDENTIDAD PARA NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD

Esta Declaración podría ser usada solamente para satisfacer la nueva regla de prueba de **identidad** de los programas de Medicaid/BadgerCare Plus/family planning services para niños menores de 18 años de edad. Esta declaración no podría ser usada para satisfacer la regla de prueba de ciudadanía de los programas de Medicaid/BadgerCare Plus/Family Planning Waiver Plan.

Instrucciones: En el espacio provisto a continuación, haga una lista de todos los niños menores de 18 años de edad en su hogar para quienes usted es el padre/madre de familia, guardián o pariente provisional. Para cada niño en su lista, incluya la fecha de nacimiento del niño y el lugar de nacimiento (ciudad, estado y país). **Complete, firme y devuelva esta declaración a su oficina local de Medicaid/BadgerCare Plus/Family Planning Waiver Plan.**

Nombre Completo del Niño (Nombres y Apellidos)	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____
11. _____	_____	_____
12. _____	_____	_____
13. _____	_____	_____
14. _____	_____	_____

Información identificable personalmente se usará solamente para la administración directa del Programa Medicaid.

Al firma esta declaración, certifico bajo pena de perjurio y juramento falso, que la información que he dado es correcta y completa de acuerdo a mi mejor saber y entender. Yo comprendo que la agencia local podría ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para confirmar la exactitud de mi declaración.

FIRMA _____
(Padre/madre de familia, guardián, pariente provisional)

Fecha de la firma _____

Escriba su nombre en letras de molde _____
(Padre/madre de familia, guardián, pariente provisional)

Número de Caso _____

DOCUMENTO ADJUNTO 7

ACTIVOS

Si desea solicitar para el *Medicare Premium Assistance* o el *Buy-In Program*, usted debe de enlistar todos los activos de la familia. Incluya todos los activos de propiedad comunal. No incluya el valor de las pertenencias personales del hogar (televisión, muebles, electrodomésticos). No provea información de vehículos de motor en esta sección. Los activos incluyen artículos tales como dinero en efectivo, cuentas corrientes o de ahorros, certificados de depósito, fondos fiduciarios, acciones, bonos, cuentas de jubilación, los intereses en rentas vitalicias, bonos de ahorro de los EE.UU., los acuerdos de propiedad, los contratos de obras, la multipropiedad, el alquiler de propiedad, propiedades en vida, ganado, herramientas, maquinaria agrícola, planes *Keogh* u otros refugios fiscales, las propiedades personales que se reservan para fines de inversión, etc.

NOTA: Es obligatorio que usted provea pruebas de todos sus activos. Ejemplos de pruebas incluyen una copia de su estado de cuenta bancaria que muestre el valor de sus cuentas de banco disponible para la fecha en que se complete la solicitud, o bien algo que muestre el valor nominal y el valor en efectivo de su póliza de seguro de vida. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio.

Tipo de Activo (Véase más arriba)	Nombre del Propietario(s)	Cantidad Actual en Dólares	Banco/Nombre de la Institución Financiera y Número de Cuenta
		\$	
		\$	
		\$	

ACTIVOS DE ENTIERRO — Haga una lista de todos los activos de entierro.

Tipo de Activo de Entierro	Nombre del Propietario(s)	Valor
Seguro de Entierro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Fideicomiso Irrevocable de Entierro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

INFORMACIÓN DE VEHICULO — Provea una lista de todos los vehículos de motor. Incluya los vehículos de propiedad comunal.

Vehículo 1

Tipo de Vehículo	Año	Marca	Modelo	Cantidad que se debe en el vehículo	Valor Justo del Mercado*
				\$	\$

Vehículo 2

Tipo de Vehículo	Año	Marca	Modelo	Cantidad que se debe en el vehículo	Valor Justo del Mercado*
				\$	\$

*Por valor justo del mercado, queremos decir la cantidad que usted obtendrá si usted vendiera su vehículo en el mercado libre.

SEGURO DE VIDA — Por favor indique cualquier seguro de vida que usted y/o su familia tenga.

¿Tiene usted o algún miembro de su familia alguna póliza de seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", complete la sección a continuación.		
Nombre del Propietario(s).	Valor en Efectivo \$	Valor Nominal \$
Nombre del Propietario(s).	Valor en Efectivo \$	Valor Nominal \$

DOCUMENTO ADJUNTO 8

REGISTRO PARA FOODSHARE DE WISCONSIN

Complete este formulario si usted desea solicitar los beneficios de *FoodShare*. Usted podría dejar que otro adulto complete la solicitud por usted. Si sus beneficios de *FoodShare* fueron parados en los últimos 30 días, usted puede completar este formulario o ponerse en contacto con su trabajador para averiguar si usted puede proveer información para re-abrir sus beneficios de *FoodShare* sin tener que completar este formulario.

Usted puede comenzar el proceso de solicitud para *FoodShare* en línea en access.wi.gov o puede completar esta página y devolverla a su agencia local. También puede hacer su solicitud en línea en access.wi.gov, por correo, en persona o por teléfono. Para completar la solicitud de *FoodShare*, se debe llevar a cabo una entrevista. La entrevista se realizará por teléfono, a menos que usted prefiera ir a la agencia.

Se le pedirá que provea pruebas sobre cierta información tal como identidad, dirección e ingresos. Si usted está inscrito en *FoodShare*, los beneficios se iniciarán a partir de la fecha en que un formulario de registración completo (en línea o en papel) haya sido recibido por su agencia local.

Nombre – Solicitante (apellido, nombre, inicial)			
Número de <i>Social Security</i> (SSN) (opcional)	Fecha de nacimiento (opcional)	Número de Teléfono (opcional) (incluya código de área)	
Dirección - Número, Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
FIRMA - del Solicitante o Representante Autorizado			Fecha Firmada

¿Hay alguien que está viviendo en su casa que no esté incluido en la solicitud de *BadgerCare*? Sí No

Su solicitud será procesada con la mayor brevedad posible y en ningún caso después de transcurridos 30 días a partir de la fecha de recepción de su pedido por parte de la agencia local.

Su solicitud será procesada dentro de los 7 días siguientes a su solicitud y/o formulario de registro si su hogar:

- Dispone de no más de \$100 en efectivo y en cuentas bancarias,
- Espera recibir un ingreso inferior a los \$150 este mes;
- Tiene en este mes un costo de alquiler/hipoteca o servicios públicos superior al monto total de ingreso bruto mensual, dinero en efectivo disponible o en cuentas bancarias;
- Tiene un trabajador(es) agrario migratorio o temporal cuyo ingresos han terminado.

Responda a las siguientes preguntas para la consideración de un servicio más rápido

Total de Ingreso Bruto que su hogar espera recibir este mes (antes de los impuestos u otras deducciones)	\$ _____
Total de activos disponibles (por ejemplo – dinero en efectivo, cuentas de cheques/ ahorros, Certificados de Depositos (CDs), acciones en cuentas de retiro (IRAs), etc.)	\$ _____
Total de pago de renta o hipoteca en este mes	\$ _____
Total de pago por Servicios Públicos en este mes (por ejemplo-servicios de gas, electricidad, agua, alcantarillado, remoción de basura)	\$ _____
¿Su hogar recibe beneficios de <i>FoodShare</i> este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay alguien en su casa que sea un trabajador agrario migratorio o temporal cuyo ingreso ha sido parado recientemente y que no espera recibir más de \$25 como total de ingreso en los próximos 10 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Arranque y envíe esta página a su oficina local de *FoodShare*

Guarde las páginas adjuntas. Si hay alguna parte en este formulario que usted no entiende, pídale a su agencia local que se la explique.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

FoodShare es un derecho. Usted no tiene que solicitar la W-2 u otros programas para poder obtener beneficios de FoodShare. FoodShare están disponibles para ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales de los hogares de bajos ingresos. Un hogar es generalmente de personas que viven juntas y comparten los alimentos. El importe de los beneficios de FoodShare un hogar se basa en el tamaño de la casa y los ingresos. FoodShare se emiten en una tarjeta QUEST de Wisconsin que se utiliza como una tarjeta de débito en las tiendas que participan en FoodShare

POLÍTICA ANTI-DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con las leyes federales y con las normas del *United States Department of Agriculture* (USDA) (el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos) se prohíbe esta institución (su agencia local) la discriminación por razones de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a:

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.,
Washington D.C. 20250-9410

Teléfono: 1-800-795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY)

También podría presentar una queja por discriminación si escribe a:

Department of Health and Family Services (DHFS)
Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office
1 W. Wilson, Room 555
Madison, WI 53707-7850

Teléfono: (608) 266-9372 (voz); 1-888-701-1251 (TTY)
Fax: (608) 267-2147

El USDA es un proveedor y empleador que se adhiere a las prácticas de igualdad de oportunidad en el lugar de trabajo.

AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted no está de acuerdo audiencia imparcial, deberá escribir a:

Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

O llame al (608) 266-3096

El formulario de solicitud de una audiencia imparcial (*Request for a Fair Hearing*) puede ser obtenido del website del *Department of Administration* en dhs.wi.gov/em/customerhelp. También podría contactar a su agencia local y pedir una audiencia imparcial en persona o por escrito.

USO DE NÚMEROS DE SOCIAL SECURITY / INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

La información de identificación personal identificable se utilizará sólo para la directa administración del programa *FoodShare* Wisconsin. Solicitar o proporcionar el SSN es voluntario. Sin embargo, quienes deseen acceder a los beneficios de *FoodShare* pero no proporcionen ni soliciten un SSN, no podrán hacerlo. Si alguien en su casa no está solicitando los beneficios de *FoodShare* no necesita proporcionar un SSN para esa persona. El SSN será empleado sólo para la directa administración del programa *FoodShare*. El SSN permite realizar una verificación computarizada de la información que usted suministra con entidades gubernamentales tales como el *Internal Revenue Service* (IRS) (Servicio de Impuestos Internos); *Social Security Administration* (SSA) (Administración de Seguro Social) y el *Department of Workforce Development* (Departamento de Desarrollo de Personal) así como también el *School Lunch Program* (Programa de Almuerzo Escolar). Los números de *Social Security* también son utilizados para corroborar la identidad de los miembros de la familia y los ingresos con fuentes tales como empleadores.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Usted tiene derecho a que otra persona lo represente y actúe en su nombre para llevar a cabo el proceso de solicitud, obtener los beneficios de *FoodShare* o utilizar dichos beneficios por usted. Dicha persona actuará como su “representante autorizado”. Si desea tener un representante autorizado, utilice el formulario *Authorization of Representative* (F-10126) (Autorización de Representante) (Formulario F-10126S) para informar a la agencia local quién será su representante. Comuníquese con su agencia local o vaya a dhs.wi.gov/em/customerhelp para obtener este formulario. Usted será responsable por cualquier error que cometa la persona que realice el proceso de solicitud en su nombre.

CONDICIÓN INMIGRATORIA

Para acceder a los beneficios de *FoodShare*, los solicitantes deberán ser ciudadanos estadounidenses o acreditar una condición migratoria válida con el *United States Citizenship and Immigration Service* (USCIS) (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU.). La condición migratoria de la persona que realice esta solicitud será corroborada con el USCIS. La información proporcionada por dicho organismo puede influir en la elegibilidad para acceder al programa de *FoodShare* y en el monto de los beneficios. La condición migratoria NO se corroborará con el USCIS en el caso de personas no soliciten ayuda o indiquen no tener condición migratoria aprobada por el USCIS. Sin embargo, los ingresos y activos de estos individuos pueden influir en la elegibilidad para acceder al programa de *FoodShare* y en el monto de los beneficios.

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

La recopilación de datos que se realiza mediante esta solicitud, entre ellos el número de *Social Security* de cada miembro de la familia que solicite los beneficios, está aprobada por la ley *Food Stamp Act* de 1977, y sus enmiendas 7 U.S.C. 2011-2036. Dicha información será utilizada para determinar si la familia es elegible para participar del programa *FoodShare*. Esta información será corroborada por medio de programas computarizados de concordancia. También será utilizada para controlar el cumplimiento de las normas del programa y su administración.

COMPROBACIÓN POR COMPUTADORA

La información contenida en su solicitud estará sujeta a controles realizados por medio del sistema estatal de verificación de ingresos y elegibilidad. Si usted trabaja, los salarios que usted informe serán comparados por computadora con los que su empleador informa al *Department of Workforce Development* (Departamento de Desarrollo de Personal). También se consultará al *Internal Revenue Service* (Servicio de Impuestos Internos); *Social Security Administration* (Administración de Seguro

Social); *Unemployment Insurance Division* (División de Seguro de Desempleo) y al *Child Support Agency* (Organismo de Sustento de Menores) sobre sus ingresos y activos. La información obtenida puede influir en la elegibilidad de su familia para acceder a *FoodShare* Wisconsin y en el monto de los beneficios.

Si se descubre que algún dato proporcionado por usted es incorrecto, podrá denegarse el beneficio y/o se podrá interponer una acción penal en caso de que la información haya sido intencionalmente errónea. Si proporcionó información falsa, deberá reintegrar todo beneficio que haya recibido. Si se presenta una demanda de *FoodShare* Wisconsin contra su familia, la información contenida en la presente solicitud, incluso todos los números de *Social Security*, podrá ser informada a organismos federales y estatales, así como también a entidades privadas de cobro y reclamo en caso de acciones legales por cobro.

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELATIVAS A FOODSHARE

Ningún miembro de su familia que intencionalmente realice alguna de las acciones mencionadas a continuación podrá acceder al programa *FoodShare* por un período de 12 meses después de la primera infracción, por un período de 24 meses en caso de una segunda infracción o de la primera violación que involucre sustancias controladas y permanentemente en caso de una tercera infracción. Tales acciones son:

- el suministro de información falsa o el encubrimiento de información para obtener los beneficios de *FoodShare*;
- el intercambio comercial, la venta o alteración de los beneficios de *FoodShare*;
- el uso de los beneficios de *FoodShare* para la compra de artículos no alimenticios como alcohol o tabaco;
- el uso de los beneficios de *FoodShare*, la tarjeta de identificación o cualquier documentación de otra persona.

Según el valor de los beneficios utilizados incorrectamente, el individuo podría además ser multado por un valor de hasta \$250,000, encarcelado por un período de hasta 20 años o ambas cosas. Además, una corte podría denegarle el acceso al programa por un plazo adicional de 18 meses. Asimismo, será descalificado permanentemente si se le condena por tráfico de beneficios de *FoodShare* por un valor de \$500 o más. Si se descubre que usted ha informado o declarado fraudulentamente sobre su identidad y residencia a fin de recibir más de un beneficio al mismo tiempo, no podrá tener acceso al programa por un plazo de 10 años. Los evasores de la justicia o transgresores de libertad condicional o vigilada no son elegibles para el programa. El individuo además podrá ser procesado en función de otras leyes federales aplicables.

Personas que cambien (compra/venta) beneficios de *FoodShare* por sustancia controlada/droga(s) ilegal(es) serán excluidas del programa *FoodShare* Wisconsin por un periodo de dos años por la primera falta y permanentemente por la segunda falta. Personas que cambien (compra/venta) beneficios de *FoodShare* por armas de fuego, municiones o explosivos serán excluidas del programa de *FoodShare* Wisconsin permanentemente.

DOCUMENTO ADJUNTO 9

REPORTE DE CAMBIOS DE **BADGERCARE PLUS**

Usted debe reportar, dentro de 10 días:

- Si se muda a una nueva dirección o fuera del estado,
- Si alguien se muda dentro o fuera de su casa, alguien sale embarazada o da a luz, o
- Si sus arreglos de viviendas cambian (por ejemplo: usted va a un hogar de ancianos u otra institución).

Usted debe reportar para el décimo día del siguiente mes si ha habido algún cambio en su ingreso en el cual su ingreso mensual bruto sobrepasa el límite del programa. Si usted está inscrito en *BadgerCare Plus*, usted recibirá un aviso el cual tendrá el límite de ingreso del programa para el número de personas en su familia. Siempre debe ver su último aviso.

Family Planning Waiver de BadgerCare Plus

Si usted está inscrito en los servicios de *Family Planning Waiver de BadgerCare Plus*, usted sólo necesita reportar los siguientes cambios dentro de 10 días:

- Si se muda a una nueva dirección o fuera del estado, o
- Si sus arreglos de vivienda cambian (por ejemplo: si se va a un hogar de ancianos u otra institución.)

Usted puede reportar estos cambios por medio a este formulario, cuando llama a la agencia de su condado o tribu o en línea en access.wi.gov. Si usted elige usar este formulario, una vez que usted haya completado y firmado el formulario, envíelo a su agencia local. Para obtener el número de teléfono y la dirección de su agencia local vaya a badgercareplus.org o llame al 1-800-362-3002.

Si este reporte no provee el espacio suficiente para describir un cambio, adjunte una hoja de papel con la información adicional.

Su Nombre	Número del Caso/Número de <i>Social Security</i>	Nombre del Trabajador(a)
-----------	--	--------------------------

CAMBIO DE DIRECCION

Use esta sección para reportar una nueva dirección.

Nueva Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nuevo Número de Teléfono	Fecha del Cambio		

CAMBIO EN SU FAMILIA

Use esta sección para reportar si alguien se muda dentro o fuera de su casa, si alguien se casa, sale embarazada, o da a luz (incluya información sobre la persona que dio a luz y sobre el recién nacido.)

Nombre(s) (apellido, nombre, inicial)	Fecha del Cambio	
Número de <i>Social Security</i>	Relación con el Solicitante	Fecha de Nacimiento
Describa el Cambio		

No envíe este formulario con su solicitud. Guarde este formulario para uso en el futuro.

BADGERCARE PLUS APPLICATION
F-10182S (10/08)

CAMBIO EN SUS INGRESOS

Use esta sección para reportar cualquier cambio que haya habido en la cantidad de ingreso bruto, una nueva fuente de ingresos, cambios en su condición de empleado (de tiempo medio a tiempo completo, pérdida de empleo), cambio en su salario o en el pago de sueldo, cambios en la cantidad de *Social Security*, beneficios de Veteranos, Seguro de Desempleo, Compensación de Empleado, o cualquier otro cambio seguido en la cantidad de dinero que su familia reciba.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)		Fecha en que el ingreso cambió
Fuente de Ingreso	Cantidad Mensual	Con qué frecuencia le pagan

Nuevo Empleo

¿Es éste un cambio sobre un nuevo empleo? ¿Cuál es el nombre del empleador, dirección y número de teléfono?	
¿Cuántas horas a la semana trabaja?	¿Cuánto le pagan por hora?

Pérdida de Empleo

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Fecha en que terminó empleo	
Nombre del Empleador	Fecha de su último cheque de sueldo	Cantidad del último cheque de sueldo \$

OTROS CAMBIOS

Use este espacio para anotar cualquier otro cambio(s) que usted quiera reportar.

FIRMA

Entiendo que hay sanciones por dar u ocultar información falsa. También entiendo que yo podría tener que re-embolsar cualquier beneficio que yo haya recibido debido a que no informé todos los cambios en mis circunstancias. Estoy de acuerdo en proveer pruebas sobre cualquier cambio(s), si me lo piden. Mis respuestas en este formulario son las correctas y están completas de acuerdo con mi mejor saber y entender.

FIRMA – Solicitante / Representante Autorizado

Fecha de la Firma

Dirección y Número de Teléfono de la Agencia Local del Condado o Tribu

BADGERCARE PLUS APPLICATION
F-10182S (10/08)

La inscripción en *BadgerCare Plus* y en *FoodShare* de Wisconsin está basada en pautas federales (Nivel Federal de Pobreza – FPL por sus siglas en inglés). La tabla a continuación ofrece una lista de los FPLs para *BadgerCare Plus* y *FoodShare*. Estos números varían una pequeña cantidad cada año. Las cantidades actuales están publicadas en dhs.wisconsin.gov/em/customerhelp.

BadgerCare Plus (En vigencia a partir de marzo 1 del 2008 hasta febrero 28 del 2009)

Tamaño de la Familia	150% del FPL	200% del FPL	300% del FPL
1	\$1,300.00	\$1,733.33	\$2,600.00
2	\$1,750.00	\$2,333.33	\$3,500.00
3	\$2,200.00	\$2,933.33	\$4,400.00
4	\$2,650.00	\$3,533.33	\$5,300.00
5	\$3,100.00	\$4,133.33	\$6,200.00
6	\$3,550.00	\$4,733.33	\$7,100.00
7	\$4,000.00	\$5,333.33	\$8,000.00
8	\$4,450.00	\$5,933.33	\$8,900.00
Para cada persona adicional añadida:			
	\$ 450.00	\$ 600.00	\$ 900.00

FoodShare Wisconsin (En vigencia a partir de octubre 1 del 2008 hasta septiembre 30 del 2009)

Tamaño de la Familia	100% del FPL	200% del FPL
1	\$ 867	\$1,734
2	\$1,167	\$2,334
3	\$1,467	\$2,934
4	\$1,767	\$3,534
5	\$2,067	\$4,134
Para cada persona adicional añadida:		
	\$ 300	\$ 600