

FOODSHARE WISCONSIN CHANGE REPORT
INFORME DE CAMBIOS EN EL PROGRAMA FOODSHARE
(Todos los miembros de la familia son ancianos, ciegos o discapacitados)

Si actualmente usted está recibiendo beneficios de FoodShare, debe informar todos los cambios que se produzcan en la composición de su grupo familiar (si alguna persona se muda al hogar o se va de él, si alguien contrae matrimonio, si alguna mujer queda embarazada o da a luz), en el domicilio, en los costos de vivienda, en los ingresos o en las condiciones de trabajo **dentro de los diez días de ocurrida la modificación**. En caso de que se haya producido alguno de los cambios mencionados anteriormente, complete el presente informe y envíelo por correo o llévelo a la oficina que se menciona en el casillero a continuación, o bien comuníquese con su trabajador telefónica o personalmente para informar los cambios. Si necesita más espacio para documentar algún cambio, adjunte al informe una hoja con la información adicional.

Proveer o solicitar un número de Seguro Social (*Social Security Number - SSN*) es voluntario, mas, cualquier persona que desee beneficios de FoodShare pero no provea o solicite un número de Seguro Social (*SSN*) no será elegible para obtener beneficios. Los números de Seguro Social (*SSN*) y cualquier otra información personal identificable será utilizada solo para la administración directa de FoodShare Wisconsin.

(Domicilio del organismo del condado)

--

Su nombre	Número de caso	Nombre del trabajador
-----------	----------------	-----------------------

Si usted intencionalmente no informa algún cambio o proporciona información falsa puede ser multado, tener que pagar todos los beneficios de FoodShare que haya recibido incorrectamente, ser pasible de acción judicial o las tres cosas.

Se le exigirá que presente evidencias de cualquier cambio que informe.

CAMBIOS EN LOS INGRESOS DEVENGADOS

Deberá informar y demostrar toda nueva fuente de ingresos devengados.

NUEVO EMPLEO	Nombre de la persona con nuevo empleo o nuevos ingresos	Tarifa de pago \$ _____ por hora
	Empleador	Horas por semana
		Frecuencia de pago
		Fecha del primer pago

CAMBIOS EN LOS INGRESOS NO SALARIALES

Debe informar cualquiera de las siguientes situaciones:

- Nueva fuente de ingreso no salarial
- Cambios que superen los \$100 por mes en los ingresos de sustento de menores
- Cambios que superen los \$50 por mes en otros tipos de ingresos no salariales, tales como indemnizaciones laborales, seguros de desempleo, *Social Security* o beneficios de veteranos de guerra.

CAMBIO EN INGRESOS NO SALARIALES	Nombre de la persona que recibe ingresos no salariales	Fuente de ingreso
	Cambios en ingresos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Fecha del cambio en los ingresos	Monto mensual

CAMBIO DE DOMICILIO Y SU CONSIGUIENTE IMPACTO EN LOS COSTOS DE VIVIENDA

Si cambia de domicilio, debe informar la nueva dirección. Al cambiar de domicilio, debe informar cualquier aumento o disminución en el pago del alquiler o de la hipoteca o en la facturación de servicios públicos (gas, electricidad, agua, etc.)

CAMBIO DE DOMICILIO	Nuevo domicilio	Nuevo número de teléfono	
		Fecha del cambio	
CAMBIO EN EL ALQUILER	¿Reside usted en una vivienda subvencionada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CAMBIO EN LA HIPOTECA	Nuevo monto mensual de la hipoteca
	Nuevo monto mensual del alquiler		De no estar incluidos en la hipoteca, indique los montos de: Impuesto inmobiliario
	Nombre del propietario, dirección y número de teléfono		Seguro
	Enumere los servicios públicos que debe pagar		Enumere los servicios públicos que debe pagar

CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Debe informar si alguien:

- Se muda al hogar o se va de él
- Contrae matrimonio
- Queda embarazada
- Da a luz (incluir información acerca de la persona que dio a luz y del recién nacido)

Nombre(s)	Describir cambio
Fecha de nacimiento	Fecha del cambio
Número(s) de <i>Social Security</i> (SSN)	Parentesco con el jefe de familia

CAMBIO EN EL PAGO DE SUSTENTO DE MENORES

Debe informar cualquier cambio en la obligación legal de algún miembro de la familia de pagar sustento de menores.

Nombre de la persona que por orden judicial debe pagar sustento de menores Número de orden judicial
Fecha de la orden judicial o fecha en que la orden fue cambiada
Monto de la orden de sustento de menores

OTROS CAMBIOS

Informe cualquier otro cambio que pueda afectar su elegibilidad. Algunos ejemplos de otros cambios son la adquisición o la recuperación de una discapacidad y el abandono de los estudios. Incluya la fecha del cambio.

¿Cree que los cambios que ha informado en este formulario seguirán vigentes el próximo mes? Sí No
En caso de respuesta negativa, explique.

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 si involucra 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 para la compra de artículos no alimenticios, como alcohol o tabaco;
- el uso de los beneficios, la tarjeta de identificación o cualquier documentación de otra persona.

Según el valor de los beneficios utilizados incorrectamente, el individuo podrá, además, ser multado por un valor de hasta \$250,000, encarcelado por un período de hasta 20 años o ambas cosas. Además, una corte podrá denegarle el acceso al programa por un plazo adicional de 18 meses. Asimismo, será descalificado legalmente de por vida si se lo condena por tráfico de beneficios de FoodShare por un valor de \$500 o superior. 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 la libertad condicional o vigilada no son elegibles para el programa. El individuo, además, podrá ser procesado en función de otras leyes federales aplicables.

Gastos: Sé que los gastos que informo como, por ejemplo, los de vivienda, servicios, cuidado de niños, sustento de menores o costos médicos, pueden influir en el nivel de beneficios de FoodShare que recibirá mi familia. Sé que si no informo o demuestro un gasto significa que no deseo recibir la deducción correspondiente.

Reducción de ingresos: Comprendo que, si bien no estoy obligado a informar acerca de una reducción o pérdida de ingresos, si lo hago podría recibir un aumento en mis beneficios de FoodShare. Además, comprendo que si no informo acerca de una reducción o pérdida de ingresos mensuales en mi hogar, no recibiré ningún tipo de aumento en mis beneficios de FoodShare.

Entiendo que se aplican sanciones por encubrir información o por suministrar información falsa. También entiendo que tendré que pagar los beneficios recibidos por no informar todos y cada uno de los cambios en mi situación. Convengo en presentar evidencias de cualquier cambio si se me requiriera hacerlo. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas, según mi leal saber y entender.

El SSN será empleado para la 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)*, la *Social Security Administration (SSA)* y el *Department of Workforce Development* así como también el *School Lunch Program*. 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, bancos, etc.

FIRMA - Participante	Fecha de la firma	Número de teléfono diurno ()
----------------------	-------------------	---------------------------------------

GUARDE EL FORMULARIO COMPLETADO EN EL EXPEDIENTE DEL CASO