



Si usted tiene una discapacidad y necesita acceder a esta solicitud en un formato alternativo o requiere que se traduzca en otro idioma, por favor contacte a su agencia. Para obtener el número de teléfono de su agencia vaya a dhs.wi.gov/em/customerhelp o llame a Servicios para Miembro al 1-800-362-3002. Los servicios de traducción son gratuitos.

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

Usted puede iniciar el proceso de solicitud para *FoodShare* proporcionando su nombre, dirección y firma 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 realizar una entrevista con un trabajador de FoodShare o un Administrador del Seguro Social. Su entrevista se hará por teléfono, a menos que usted quiera que se haga en la agencia.

Se requerirá que usted provea pruebas sobre algunas de sus respuestas. Ver Pruebas Necesarias para saber lo que tendrá que proporcionar. Si está inscrito en *FoodShare*, los beneficios se iniciarán a partir de la fecha en que la agencia reciba su nombre, dirección y firma.

Si quiere solicitar para *BadgerCare Plus* o *Medicaid*, puede hacer la solicitud para estos programas de cuidado de salud en línea (*online*) en access.wi.gov al mismo tiempo que aplica para beneficios de *FoodShare*. O, puede completar la solicitud para cuidado de salud. Se puede encontrar la solicitud en dhs.wi.gov/em/customerhelp o por contactar a su agencia.

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

Su solicitud será procesada en la mayor brevedad posible, pero no más de 30 días a partir de la fecha de recepción de su solicitud por parte de la oficina de *FoodShare*.

Si necesita ayuda de inmediato, usted podría recibir los beneficios de *Foodshare* dentro de 7 días de haber proporcionado su solicitud, si su familia:

- Dispone de no más de \$100 en efectivo o en cuentas bancarias,
- Espera recibir un ingreso inferior a los \$150 este mes; o
- 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; o
- Incluye a un trabajador agrario migratorio o temporal cuyo ingreso ha sido interrumpido.

Responda a las siguientes preguntas para ser considerado para 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.)	\$ <u>444.00</u>
Total de pago de renta o hipoteca en este mes	\$ _____
Norma de Crédito de Utilidad (Esta es la cantidad de utilidad mensual que usamos para ver si usted puede recibir un servicio más rápido)	\$ _____
¿Recibió su familia 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 agencia local

Si hay una parte de este formulario que usted no entiende, pídale a su agencia local que se la explique.

FoodShare de Wisconsin — Información Importante

Esta solicitud es sólo para los beneficios de *FoodShare*. No es una solicitud para *BadgerCare Plus*, *Medicaid*, *Child Care* o *Wisconsin Works (W-2)*. Usted puede solicitar los beneficios de *BadgerCare Plus*, *Medicaid*, *Family Planning Only Services* y *ChildCare* por Internet en access.wi.gov a la misma vez que solicita para *FoodShare*. Usted debe contactar su agencia local del condado o tribu para solicitar para el W-2.

FoodShare es un derecho. Usted no tiene que solicitar para el W-2 u otros programas para poder obtener beneficios de *FoodShare*. Los beneficios de *FoodShare* están disponibles para ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales de los hogares de bajos ingresos. Un hogar está generalmente constituido por personas que viven juntas y comparten los alimentos. La cantidad de beneficios de *FoodShare* en un hogar se basa en el tamaño y los ingresos del hogar. Los beneficios de *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)* (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos) esta institución (agencia local) prohíbe la discriminación por razones de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba al USDA o al Department of Health Services:

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)

Department of Health Services (DHS)
Affirmative Action/Civil Rights Compliance Office
1 W. Wilson, Room 555
Madison, WI 53707-7850
Teléfono: (608) 266-9372 (voz) o
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

Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si no está de acuerdo con ninguna de las medidas adoptadas con relación a su solicitud o a sus beneficios en curso. Usted puede solicitar una audiencia imparcial, escriba a:

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

El formulario de solicitud de una audiencia imparcial (*Request for a Fair Hearing*) se puede descargar en dhs.wi.gov/em/customerhelp. También podría contactar a su agencia para pedir una audiencia imparcial en persona o por escrito.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Usted tiene derecho a que otra persona solicite los beneficios de *FoodShare* por usted. Dicha persona actuará como su “representante autorizado”. Si desea tener un representante autorizado, complete el formulario *Authorization of Representative* (F-10126S). Para obtener este formulario vaya a dhs.wi.gov/em/customerhelp o pidasela a la agencia. Usted será responsable por cualquier error que cometa un representante autorizado que realice el proceso de solicitud de *FoodShare* en su nombre.

USO DE NÚMEROS DE SOCIAL SECURITY / INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

La información personal identificable, incluyendo Números de Seguro Social (SSN) se utilizará sólo para la administración directa del programa *FoodShare* de Wisconsin. Solicitar o proporcionar un 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 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 SSNs también son utilizados para corroborar la identidad de los miembros de la familia y los ingresos de fuentes tales como empleadores.

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 dicha agencia 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 que no soliciten ayuda o indiquen no tener condición migratoria aprobada por el USCIS. Sin embargo, los ingresos de estas personas pueden influir en la elegibilidad para acceder al programa de *FoodShare* y en el monto de los beneficios.

INSCRIPCIÓN DE TRABAJO

Todas las personas en su grupo de *FoodShare* se deben inscribir para trabajar, a menos que por el contrario este exento. Las personas que no se tienen inscribir para trabajar incluyen:

- Un padre/madre u otro miembro del hogar que sea responsable por el cuidado de un niño a cargo que tenga menos de 6 años de edad o responsable del cuidado de una persona discapacitada de cualquier edad.
- Una persona menor de 16 años de edad, o de 60 años de edad o más;
- Personas en programas de tratamiento contra la adicción al alcohol o las drogas;
- Personas que trabajan por lo menos 30 horas a la semana (o reciben ingresos semanales que equivalen a 30 veces el salario mínimo por hora federal);
- Personas que reciben, o han solicitado para *Unemployment Insurance* (Seguro de Desempleo);
- Estudiantes matriculados por lo menos de tiempo medio en una escuela reconocida, un programa de formación, o institución de educación superior, o
- Personas que están física o mentalmente discapacitadas para trabajar según lo determine la agencia.

Aunque inscribirse para trabajar es necesario, tomar parte en un programa de trabajo es voluntario. Sus beneficios no cambiarán si usted decide no participar. Usted recibirá más información sobre el *FoodShare Employment and Training Program* (Programa de Empleo y Entrenamiento de *FoodShare*), si usted está inscrito en *FoodShare*.

El JobNet de Wisconsin está disponible para usted. JobNet es la mayor fuente de empleo en Wisconsin. Usted puede visitar el sitio de JobNet en <https://jobcenterofwisconsin.com/>. O bien, puede usar las computadoras de pantallas táctiles en su Centro de Empleo Local. Para encontrar un Centro de Empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.

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 and Nutrition Act* del 2008, y sus enmiendas a través de P.L. 110-246, para determinar si la familia es elegible para participar en el programa *FoodShare* de Wisconsin. Esta información será corroborada por medio de programas computarizados de concordancia y también será utilizada para controlar el cumplimiento de las normas del programa *FoodShare* y su administración.

VERIFICACIÓN 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) 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 agencias 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 recibir o seguir recibiendo 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.

SOLICITUD PARA FOODSHARE DE WISCONSIN

La presente solicitud sirve únicamente para beneficios de FoodShare. No es una solicitud para los programas Medicaid, BadgerCare Plus, Child Care o W-2. Usted puede solicitar para Medicaid, BadgerCare Plus y ChildCare por Internet en access.wi.gov a la misma vez que solicita para FoodShare. Para solicitar los beneficios del W-2, debe contactar a su agencia. Estos programas brindan ayuda a personas o familias para ayudar a pagar gastos de atención médica, cuidados infantiles o búsqueda de trabajo como parte del programa W-2.

Cómo usar este formulario

1. No escriba en las secciones sombreadas.
2. Escriba en forma clara y en letra de imprenta. Utilice tinta azul o negra.
3. Llene la solicitud de forma completa. Si necesita más espacio para sus respuestas a las preguntas, utilice una hoja de papel en blanco. **Envíe su solicitud completa a su agencia.** Para conseguir la dirección de su agencia, vaya a dhs.wi.gov/em/customerhelp o llame al Servicios para Miembros al 1-800-362-3002.
4. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con la agencia local y pídale ayuda.
5. Si desea que alguien más complete el proceso de solicitud por usted, complete el formulario *Authorized Representative* (F-10026S). Usted puede obtener este formulario en a dhs.wi.gov/em/customerhelp.

SECCIÓN 1 — INFORMACIÓN DE CONTACTO

Por favor díganos cómo podemos contactarlo. Incluya el código de área para todos los números.

Número de Teléfono ()	Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Otro Número de Teléfono ()	¿De quién es este número de teléfono? <input type="checkbox"/> Suyo <input type="checkbox"/> De un amigo <input type="checkbox"/> De un vecino <input type="checkbox"/> De un familiar	¿Cuál es el nombre de esta persona?
Dirección de correo electrónico (Email)		
¿Cuál es la mejor forma y la mejor hora de contactarlo durante la semana?		

SECCIÓN 2 — INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Si está completando esta solicitud para alguien más, responda al resto de las preguntas como si usted fuera esa persona.

Nombre - Solicitante (Apellido, Nombre, Inicial)	¿En qué idioma desea usted recibir los avisos de FoodShare? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	Idioma principal que se habla en su casa	
Dirección – Domicilio (Calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de correo – si es diferente a la de su domicilio (Calle/Apartado Postal (PO Box), Ciudad, Estado, Código Postal)			
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	Ciudadano Estadounidense (Sólo para los que estén solicitando beneficios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza u Origen Étnico (Opcional)	

SECCIÓN 3 — INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Si necesita más espacio para responder a estas preguntas, utilice una hoja de papel en blanco o la sección de "Notas" en esta solicitud.

Nombre – Esposo/a u otro adulto (Apellido, Nombre, Inicial)	¿Está dicha persona solicitando los beneficios de FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de Seguro Social (si está solicitando FoodShare)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	Ciudadano Estadounidense (Sólo para las personas solicitando beneficios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza u Origen Étnico (Opcional)
Relación con el Solicitante	¿Comparte usted alimentos con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Provee usted cuidado para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre – Niño 1 (Apellido, Nombre, Inicial)		¿Está dicha persona solicitando los beneficios de FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Seguro Social (si está solicitando FoodShare)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada	Ciudadano Estadounidense (Sólo para las personas solicitando beneficios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza u Origen Étnico (Opcional)
Relación con el Solicitante	¿Comparte usted alimentos con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Provee usted cuidado para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre – Niño 2 (Apellido, Nombre, Inicial)		¿Está dicha persona solicitando los beneficios de FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Seguro Social (si está solicitando FoodShare)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada	Ciudadano Estadounidense (Sólo para las personas solicitando beneficios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza u Origen Étnico (Opcional)
Relación con el Solicitante	¿Comparte usted alimentos con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Provee usted cuidado para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre – Niño 3 (Apellido, Nombre, Inicial)		¿Está dicha persona solicitando los beneficios de FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Seguro Social (si está solicitando FoodShare)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada	Ciudadano Estadounidense (Sólo para las personas solicitando beneficios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza u Origen Étnico (Opcional)
Relación con el Solicitante	¿Comparte usted alimentos con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Provee usted cuidado para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 4 — INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel en blanco para responder a estas preguntas.

¿Hay alguien entre los 18 a 49 años de edad asistiendo a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde no, vaya a la Sección 5.	Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Inicial)
Nombre de la Escuela	¿Está este estudiante inscrito <input type="checkbox"/> Tiempo medio o <input type="checkbox"/> Tiempo completo
¿Está este estudiante trabajando al menos 20 horas por semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está el estudiante a cargo del cuidado de un niño/a menor de 6 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el estudiante a cargo de un niño/a entre 6 – 12 años de edad donde no hay una guardería adecuada disponible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es el estudiante un padre/madre soltero/a a cargo del cuidado de un niño menor de 12 de años de edad y asistiendo a la escuela tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el estudiante participando en un programa de trabajo-estudio con fondos federales o estatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿No puede el estudiante trabajar debido a una discapacidad temporal o permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Asiste el estudiante a la escuela debido a la colocación a través del <i>Workforce Investment Act (WIA)</i> , <i>Wisconsin Works (W-2)</i> o <i>FoodShare Employment and Training (FSET)</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN 5 — INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA FAMILIA

¿Ha sido alguien considerado totalmente discapacitado por el <i>Social Security Administration (SSA)</i> , <i>Veteran's Administration (VA)</i> , o <i>Railroad Retirement Board</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Fecha de Determinación de Discapacidad (mes/día/año)

SECCIÓN 5 — INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA FAMILIA (continuó)

¿Ha sido alguien condenado por un delito de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Fecha de la Condena (mes/día/año)
---	------------------------------------	-----------------------------------

¿Es alguien un profugo de la justicia o en violación de libertad condicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)
--	------------------------------------

SECCIÓN 6 — INFORMACIÓN SOBRE PADRE/MADRE AUSENTE¿Tiene algún niño un padre/madre biológico o adoptivo que no vive en la casa? Sí No

Nombre del Padre Ausente (Apellido, Nombre, Inicial)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Nombre(s) del Niño(s)	Relación con el Niño <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Fecha en que padre/madre abandonó el hogar
Fecha del último contacto con padre/madre	Orden Judicial de Divorcio/Paternidad	
	Número del Caso _____	Condado _____ Estado _____
Razón por la ausencia del padre/madre		

Nombre del Padre Ausente (Apellido, Nombre, Inicial)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Nombre(s) del Niño(s)	Relación con el Niño <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Fecha en que padre/madre abandonó el hogar
Fecha del último contacto con padre/madre	Orden Judicial de Divorcio/Paternidad	
	Número del Caso _____	Condado _____ Estado _____
Razón por la ausencia del padre/madre		

SECCIÓN 7 — ACTIVOS

La información sobre activos es sólo se necesita si está solicitando beneficios de emergencia. Indique todos los activos que sean propiedad del solicitante(s). Incluya activos de propiedad conjunta con alguien más. No incluya el valor de pertenencias personales, a menos que tengan un valor inusualmente alto. Los activos incluyen artículos tales como dinero en efectivo, cuentas de cheque o de ahorro, certificados de depósitos, fondos fiduciarios, acciones, bonos, cuentas de jubilación, interés en anualidades, bonos de ahorros de los Estados Unidos, acuerdos de propiedad, contratos de escritura, *timeshares*, propiedad de alquiler, *life estates*, ganado, herramientas, maquinarias de granjas, planes Keogh u otros beneficios contributivos (*tax shelters*), propiedades personales guardados para fines de inversión, etc.

Tipo de Activo	Nombre del Propietario(s)	Valor Actual	Descripción (tales como nombre del Banco/institución Financiera, Número de Cuenta)
Dinero en Efectivo		\$	
Cuenta de Cheque		\$	
Cuenta de Ahorro		\$	
Otro Tipo de Activo		\$	
Otro Tipo de Activo		\$	
Otro Tipo de Activo		\$	

SECCIÓN 8 — INGRESOS Y SALARIOS DE EMPLEO/TRABAJO

La inscripción en *FoodShare* se basa el ingreso total del hogar. No incluya el ingreso de trabajo por cuenta propia en esta sección. El trabajo por cuenta propia se incluirá en la Sección 10. Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel adicional.

¿Es alguna persona en la lista un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está algún miembro de la casa trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si responde "Sí", responda a las preguntas a continuación para cada miembro del hogar que trabaje.

Nombre de la persona trabajando	Fecha de inicio de empleo
Nombre y dirección del empleador	
Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana	Número de horas por cada período de pago
¿Cuánto le pagan por hora? \$	Ingreso brutos por cada período de pago \$

Nombre de la persona trabajando	Fecha de inicio de empleo
Nombre y dirección del empleador	
Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana	Número de horas por cada período de pago
¿Cuánto le pagan por hora? \$	Ingreso brutos por cada período de pago \$

SECCIÓN 9 — PÉRDIDA DE EMPLEO

¿Ha dejado alguien de trabajar recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", complete el resto de la sección 9.		
Nombre de la persona	Nombre y dirección del empleador	
Fecha en que dejó de trabajar (mes/día/año)	Razón por la que dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Renunció <input type="checkbox"/> Fue despedido <input type="checkbox"/> Cese de personal <input type="checkbox"/> Otra	¿Ha solicitado esta persona seguro de desempleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 10 — INGRESO DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA

Indique las cantidades que usted reportó al IRS en su formulario de impuestos. Si no presentó impuestos el año pasado, Deje en blanco las casillas para el ingreso neto anual y la depreciación. Su agencia le contactará para más información.

¿Trabaja alguien en su hogar por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, complete lo siguiente. Si responde no, vaya a "Other Income" (Otro Ingreso).		
Tipo de trabajo que realice por cuenta propia	Nombre de la empresa	
¿Cuándo comenzó este trabajo por cuenta propia?	¿Cuál fue el año más reciente en que se presentaron impuestos Federales para esta empresa?	
¿Ha habido un cambio significativo en el promedio de ingreso anual y en los gastos para esta empresa desde que se presentaron los impuestos más reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la persona con trabajo por cuenta propia	¿Cuántas horas trabaja cada mes?	
Ingreso neto anual \$	Cantidad por depreciación reclamada \$	
¿Espera usted algún cambio en su ingreso neto anual este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SECCIÓN 11 — OTRO INGRESO

Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel en blanco para sus respuestas.

¿Hay alguien en su casa que reciba otro ingreso? Sí No Si respondió "Sí", complete la sección a continuación para cada tipo de ingreso.

Tipo de Ingreso		Nombre – ¿Quién recibe este ingreso?	Ingreso Bruto Mensual
Seguro Social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Supplemental Security Income SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Pensión Alimenticia / Sustento de Menores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Compensación de Trabajadores/Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Pago por Discapacidad / Enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Intereses / Dividendos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

SECCIÓN 12 — GASTOS

Cuidado de niños a cargo: ¿Alguien paga por el cuidado de niños o adultos para poder trabajar, buscar trabajo, ir a la escuela o recibir entrenamiento? Sí No

¿Quién paga por el cuidado de niños/adultos?	¿A quién le pagan?	¿Para quién es el cuidado?
Cantidad \$	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana	

Sustento de Menores: ¿Está alguien pagando por el sustento de un menor(es) por orden judicial? Sí No

¿Quién paga por el cuidado de niños/adultos?	¿A quié le pagan?	¿Para quién es el cuidado?
Cantidad \$	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana	

Gastos Médicos: ¿Tiene algún miembro del hogar persona mayor o discapacitada gastos médicos fuera de su bolsillo? Sí No Ver página 12 para ejemplos sobre estos gastos.

¿Quién paga por el cuidado de niños/adultos?	¿A quié le pagan?	¿Para quién es el cuidado?
Cantidad \$	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez al mes semana	

Costo de vivienda: ¿Tiene alguien en la gasto de vivienda? (renta, hipoteca, impuestos, etc.) Sí No

¿Quién paga por el cuidado de niños/adultos?	¿A quié le pagan?	¿Para quién es el cuidado?
Cantidad \$	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez al mes	

¿Recibe ayuda de vivienda? (Sección 8 u otras viviendas públicas subvencionadas) Sí No

SECCIÓN 13 – DERECHOS Y DEBERES

Audiencia imparcial: Comprendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia imparcial para apelar cualquier acción concerniente a mi solicitud o a los beneficios actuales si no estoy de acuerdo con tal acción. Sé que para solicitar una audiencia imparcial tengo que escribir a: **Department of Administration, Division of Hearings & Appeals, Box 7875 Madison WI 53708-7875 o puede llamar al (608) 266-3096.** También puedo comunicarme con la oficina de agencia donde presenté mi solicitud y pedir una audiencia imparcial en forma oral o escrita. Sé que si deseo obtener más información puedo encontrarla en el manual de Inscripción y Beneficios de *ForwardHealth (ForwardHealth Enrollment and Benefits -P-00079)*.

Derechos y deberes: He recibido la sección "Información importante" de la Solicitud Exclusiva de *FoodShare* de Wisconsin que describe mis derechos y deberes.

Reportar cambios: Comprendo que si no comunico estos cambios, que provocarán una asignación incorrecta de beneficios, deberé devolver todo excedente pagado y podré ser demandado por el grave delito de fraude.

Gastos: Sé que los gastos que informo tales como vivienda, cuidado de niños (guardería), 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 verifico 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 mi beneficio 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 mi beneficio de *FoodShare*.

Condición inmigratoria: Comprendo que yo y todos los otros miembros de mi familia que solicitamos asistencia debemos ser ciudadanos estadounidenses o poseer condición inmigratoria satisfactoria para obtener dicha asistencia. Sé que la condición inmigratoria de cualquier miembro de mi familia que solicite los beneficios será corroborada con el United States Citizenship and Immigration Service (USCIS), Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU, y que esto puede afectar la elegibilidad de mi familia y el monto de los beneficios. Sé que mi condición NO SERÁ CORROBORADA con el USCIS si no solicito asistencia para mí o si declaro que soy un extranjero sin condición inmigratoria satisfactoria.

Cualquier persona, incluyendo cualquier institución financiera, agencia de informes de crédito, empleador o institución educativa, está autorizada a divulgar esta información, según la Ley de Wisconsin § 49.22 (2) (2 m) que establece lo siguiente: "El departamento podrá solicitar de cualquier persona la información que estime apropiada y necesaria para la administración de programas con cumplimiento de los fines de 7USC 2011 a 2029. Cualquier persona en este estado deberá proporcionar esta información dentro de los siete (7) días después de recibir una solicitud en virtud del presente apartado. "

Declaro comprender las preguntas y enunciados de este formulario de solicitud. Comprendo las sanciones que suponen brindar información falsa o infringir las reglas. Certifico bajo pena de perjurio o falso testimonio que todas mis respuestas son correctas y completas según mi leal saber y entender, incluso en lo que concierne a la nacionalidad de cada miembro de mi familia que solicita los beneficios. Acepto suministrar la documentación que sea necesaria para probar lo que he dicho. Comprendo que la agencia local puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones a fin de obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

Al firmar esta solicitud reconozco haber leído y entendido los derechos y deberes indicados anteriormente.

FIRMA - Solicitante o Representante Autorizado	Fecha
--	-------

PRUEBAS NECESARIAS

La inscripción en *FoodShare* no puede ser determinada hasta que usted no provea ciertas respuestas. La lista a continuación le muestra que pruebas, si fueran necesarias, y artículos usted puede usar. Si tiene una cita en la agencia, favor de traer tantos artículos como usted pueda para la entrevista. Si su cita es por teléfono, se le enviará una lista de los artículos que usted va a necesitar después de su cita. Si usted no puede obtener los artículos necesarios, dejenos saber cuales artículos usted no pudo obtener y le podremos ayudar. Es posible que se le pida que traiga pruebas de artículos que no estén en la lista. Si es así, su trabajador le enviará una lista de otras pruebas necesarias.

<u>Prueba Necesaria</u>	<u>Artículos que puede usar para dar prueba</u>
Identidad	<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducir • Acta de nacimiento de los Estados Unidos • Pasaporte o tarjeta de identificación de ciudadano de los EE. UU. • Talonarios de cheques de pago • Identificación de Empleado • Registro de hospital.
Ingreso de Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los talonarios de cheques de pago (de los últimos 30 días) • Un estado de cuenta firmado por el empleador que incluya las ganancias brutas y las fechas de pagos que se esperan recibir en los próximos 30 días • Formulario de Verificación de Ganancias del Empleador
Otro Ingreso — <i>Unemployment Insurance, Disability Insurance, Social Security, Retirement, Veteran's Benefits, Military Allotments</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta actual de adjudicación • Copia del último cheque

Los siguientes artículos son necesarios para obtener crédito.

Renta Mensual o Pago de la Casa (Necesario para obtener crédito)	<ul style="list-style-type: none"> • Recibo de renta actual con el nombre y número de teléfono del propietario • Documentos de contrato de arrendamiento o hipoteca • Declaración de impuestos sobre bienes raíces • Estado de cuenta de seguro de propietarios de viviendas
Sustento de Menores — Que recibió o pagó en cualquier otro estado que no sea Wisconsin (Necesario para obtener crédito)	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de orden judicial o cualquier otro registro de pago • Registro de pago de otro estado

Si usted tiene 60 años de edad o más, es una persona ciega o con una discapacidad, es posible que usted obtenga crédito por ciertos costos médicos.

<p>Gastos/Costos Médicos</p> <p>Costos médicos incluyen pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de hospital, médico, dental y de la visión • Primas para seguro médico, primas de Medicare y costos para los Planes de Medicamentos Recetados • Medicamentos recetados y de venta libre • Hogar de ancianos y servicios de salud en el hogar • Equipos y suministros médicos • Costo por transporte y alojamiento para fines de cuidado médicos • Costo relacionado con un perro guía • Alerta de Supervivencia/Médica (<i>Lifeline/Medic Alert</i>) si es recetada por un profesional de cuidado de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de cuenta • Recibos detallados • Póliza de seguro médico que muestre primas, co-seguro, co-pago, o deducible • Frasco de medicina o pastillas con el precio en la etiqueta • Estado de cuenta de la farmacia • Acuerdo de repago con proveedor • Estado de cuenta del médico que verifique que un medicamento fue recetado • Cuentas por los servicios de una enfermera a domicilio, ama de casa o ayudante de salud en el hogar • Recibos de transporte o alojamiento, o ambos para obtener servicios o tratamiento médicos • Cuentas o recibos de alimentos o servicios de veterinario, o ambas cosas, para un perro guía.
---	--