|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-02866S (09/2021) | | | |  | | | | | |
| SOLICITUD DE PRUEBAS DE FOODSHAREFoodshare Request for Proof **INSTRUCCIONES:** Recibió este formulario porque necesitamos pruebas de parte suya para cada persona nombrada junto a las casillas marcadas a continuación. Estas pruebas se utilizarán para decidir si puede obtener los beneficios de FoodShare. Consulte la última página de este formulario para obtener una lista de los artículos que se utilizan como prueba. Si necesita más tiempo para obtener las pruebas, comuníquese con su agencia ([www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm)).  Para obtener o conservar los beneficios de FoodShare, **proporcione pruebas a más tardar el**:  Incluya este formulario, o una copia de este formulario, con cualquier prueba que envíe. Si no proporciona la prueba antes de la fecha indicada anteriormente, se denegarán, reducirán o cancelarán los beneficios.  **Envío del formulario y las pruebas**  Puede enviar su formulario completo y las pruebas solicitadas de una de las siguientes maneras: | | | | | | | | | |
| ** Aplicación móvil**  Tome una foto de todas las páginas del formulario y envíelas usando la aplicación móvil MyACCESS.  ** En línea**  Escanee todas las páginas del formulario al sitio web de ACCESS. Puede hacerlo a través de su cuenta ACCESS, en la que puede iniciar sesión en [access.wi.gov](https://access.wisconsin.gov/).  **Nota:** Solo puede escanear los formularios para ACCESS en determinados momentos. Si no puede escanear el formulario al sitio web de ACCESS, envíe el formulario usando una de las otras formas.  ** Fax**   * Si vive en el condado de **Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 888-409-1979. * Si no vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 855-293-1822. | | | | | **🖂 Correo**   * Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario a:   MDPU  PO Box 05676  Milwaukee, WI 53205   * Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario a:   CDPU  PO Box 5234  Janesville, WI 53547  👤 **En persona**  Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia se encuentra en el sitio web del Department of Health Services (DHS) de Wisconsin en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm) | | | | |
| SECCIÓN 1 | | Información sobre las pruebas necesarias | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| Agencia | | | | | | Número de teléfono de la agencia | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| Nombre de la persona principal — nombre, apellido, inicial | | | | | | Número de caso | Fecha | | |
|  | | | | | |  |  | | |
| **Programa**: FoodShare | | | **Nombre de la(s) persona(s) para la que se necesita la prueba** | | | | | | |
| **Número de Seguro Social** o prueba de que se completó una solicitud para una tarjeta de Seguro Social | | |  | | | | | | |
| **Gastos médicos** | | |  | | | | | | |
| **Ingresos ganados** durante los meses indicados: | | |  | | | | | | |
| **Ingresos no ganados** en los meses indicados: | | |  | | | | | | |
| **Otro** | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| SECCIÓN 2 | | Declaraciones de entendimiento y firma | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| Al firmar abajo, entiendo que es mi responsabilidad proporcionar las pruebas que se me han pedido. **Si no puedo proporcionar pruebas, debo llamar a mi agencia**; es posible que alguien pueda ayudarme. Si no proporciono a la agencia las pruebas que se me han pedido, entiendo que no podré obtener los beneficios. He leído y entiendo esta solicitud de pruebas. | | | | | | | | | |  |
|  | **FIRMA** – Persona que solicita u obtiene los beneficios | | | | | | Fecha de la firma | | |
| Nombre y apellido en letra de molde | | | | | | | | | |

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

|  |  |
| --- | --- |
| **ARTÍCULOS SUGERIDOS PARA USAR COMO PRUEBA**  Esta es una lista de cosas que puede utilizar como prueba para los diferentes artículos que pide este formulario. Si no puede proporcionar alguna de las cosas indicadas o tiene problemas para obtener las pruebas necesarias, póngase en contacto con su agencia [(www.dhs.wisconsin.gov/​forwardhealth/imagency/index.htm)](http://(www.dhs.wisconsin.gov/​forwardhealth/imagency/index.htm)). | |
| **Número de la Seguro Social (SSN) o prueba de la solicitud**   * Copia de su tarjeta de Seguro Social * Cualquier documento de la Social Security Administration que muestre su SSN * Documento fiscal que muestre su SSN * Copia de una solicitud de tarjeta de Seguro Social (formulario SS-5) * **Sólo para recién nacidos**: carta de alta del hospital que haga referencia a la solicitud del SSN   **Gastos médicos**   * Estado de cuenta * Recibos detallados * Tarjeta de Medicare que muestra la cobertura de la Parte B * Póliza de seguro médico que muestre la prima, el coseguro, el copago o el deducible * Frasco de medicamentos o pastillas con precio en la etiqueta * Declaración de la farmacia | **Ingresos ganados**   * Recibos de pago de los últimos 30 días * Formulario de verificación de ingresos del empleador ([www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10146.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10146.htm)) completo y firmado por su empleador * Una declaración de su empleador con la frecuencia de pago, el pago por hora y el promedio de horas por período de pago. * Para el trabajo por cuenta propia, los formularios del Informe de ingresos de trabajo por cuenta propia (Self-Employment Income Report) o los formularios de impuestos   **Ingresos no ganados**   * Estado de cuenta actual o documento con tipo de fuente y cantidad * Talones de cheques * Formularios de impuesto   **Otro**  Si no sabe que otra verificación debe proporcionar o no puede obtener los artículos solicitados, comuníquese con su agencia. |