

SOLICITUD PARA REDUCIR SU SOBREPAGO DE FOODSHARE

Si recibe un sobrepago de FoodShare y no puede pagarlo, puede usar este formulario para solicitar un pago de una cantidad reducida. Esto se conoce como un compromiso de reclamo de sobrepago de FoodShare. La información en el formulario de solicitud será utilizada por su agencia para decidir si se puede reducir la cantidad que necesita devolver. Si no se completa el formulario, su solicitud será denegada.

Si está completando el formulario de solicitud para otra persona, responda las preguntas que correspondan a esa persona. Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel separada y anote los números de las preguntas que coincidan con sus respuestas.

Su solicitud será procesada lo antes posible. Si no recibe una respuesta de su agencia dentro de los 30 días posteriores a la presentación de su solicitud, llámelos al número que se indica en la parte superior de página 1.

Enviar Su Formulario

Envíe su formulario completo por correo o entréguelo en su agencia.

*** Nota: Este formulario no se puede enviar por fax.**

INSTRUCCIONES

Complete este formulario para enviar su solicitud de compromiso de reclamo por sobrepago. Incluya toda la información posible sobre su hogar y su reclamo de sobrepago para ayudarnos a procesar su solicitud. Por favor, escriba claramente con un bolígrafo negro o azul.

SECCIÓN 1 – SU INFORMACIÓN

Nombre – (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Número de Teléfono
Dirección	Número de Seguro Social
Número(s) de Caso	Fecha de Nacimiento

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DE SOBREPAGOS

Para completar la Sección 2 – Información de Sobrepagos, incluya su número y la cantidad del reclamo de sobrepago. Esta información se puede encontrar iniciando sesión en su cuenta de ACCESS en access.wi.gov. El trabajador que procesa su solicitud también le ayudará a encontrar todas las reclamaciones que puedan reducirse. Llame a su agencia si necesita ayuda para obtener la información solicitada en esta sección.

Reclamo de Sobrepago #1	Cantidad del Reclamo (si lo conoce)
Reclamo de Sobrepago #2	Cantidad del Reclamo (si lo conoce)
Reclamo de Sobrepago #3	Cantidad del Reclamo (si lo conoce)
¿Ha solicitado una audiencia imparcial para estos reclamo(s) de sobrepago en los últimos 90 días? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	OCCIN (si lo conoce)

SECCIÓN 3 – MIEMBROS DEL HOGAR

Para completar la SECCIÓN 3 – Información del Hogar, debe indicar a todos los miembros actuales de su hogar. Esto incluye a los miembros del hogar que pueden no haber sido incluidos en su reclamo de sobrepago.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con Usted	¿Usted compra y come la mayoría de sus comidas con esta persona?
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

SECCIÓN 4 – EFECTIVOS LÍQUIDOS

Los efectivos líquidos incluyen artículos como dinero en efectivo, cuentas corrientes o de ahorro, tarjetas de débito prepagadas, certificados de depósito (CD), fondos fiduciarios, acciones, bonos (no reservados para gastos de educación o funeral), intereses en anualidades y bonos de ahorro de EE. UU. No incluya el valor de su casa ni sus pertenencias personales del hogar.

¿Su hogar tiene efectivos líquidos por un total de más de \$100,000? Sí No

SECCIÓN 5 – INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

Haga una lista de todas las personas en su hogar (incluyéndose usted mismo) que tengan ingresos mensuales. Proporcione la cantidad que reciben cada mes. Si necesita más espacio para más personas, adjunte otra hoja de papel. Nota: Es posible que se necesite un comprobante de ingresos declarados.

Tipo de Ingreso	Nombre(s)	Cantidad Total del Hogar Por Mes
Ingresos Totales del Trabajo (antes de impuestos)		\$
Ingresos de Trabajo Por Cuenta Propia (ingresos netos después de deducir sus gastos)		\$
Total de *Otros Ingresos (esto incluye, entre otros, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), Pensión Alimenticia/Manutención de Menores, Pago por Discapacidad/Enfermedad, Intereses/Dividendos, Beneficios para Veteranos, Pagos por Cuidado Temporal, Pagos por Cuidado de Parentesco)		\$

*Si indicó otros ingresos, explique cuál es ese otro ingreso:

SECCIÓN 6 – GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

Haga una lista de la cantidad de gastos familiares que usted y las personas que viven con usted tienen cada mes. También debe incluir una breve explicación de cuál es el gasto. Por ejemplo: si paga una factura de teléfono cada mes, indique la cantidad de ese gasto junto a Otros Servicios Públicos a continuación, y lo siguiente en la columna Explicación de los Gastos, escriba la factura de teléfono. No es necesario que incluya los costos mensuales normales y esperados para cosas como alimentos y artículos para el hogar.

Nota: Es posible que se necesite un comprobante de gastos.

Tipo de Gasto	Nombre(s)	Cantidad Total del Hogar Por Mes	Explicación de los Gastos
Gastos de Vivienda (como alquiler, hipoteca, impuestos, impuestos sobre la propiedad o seguro del propietario de vivienda)		\$	

Servicios Públicos de Calefacción y Refrigeración (como gas, electricidad, gas propano líquido, fueloil/queroseno, carbón, madera, recargo por aire acondicionado)		\$	
Otros Servicios Públicos (como teléfono, agua, alcantarillado, recolección de basura)		\$	
Pagos de Deudas		\$	
Gastos Médicos (como recetas, facturas médicas, copagos o primas de seguro médico/dental)		\$	
Gastos de Transporte (como autobús, taxi, tren, metro, barco/transbordador, servicio de viaje compartido como Uber o Lyft, coche o camión, seguro de coche/vehículo)		\$	
Gastos de Educación (como matrícula escolar, universitaria, de colegio técnico, de escuela de oficios, de aprendizaje o de otra institución de educación superior, alojamiento y comida en una instalación como un dormitorio, o servicios de tutoría)		\$	
Otros Gastos		\$	
Manutención de Menores o Pensión Alimenticia		\$	
Nombre de la persona que le está pagando manutención de menores o pensión alimenticia	Dirección/teléfono		

SECCIÓN 7 – FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ EL SOBREPAGO O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Al firmar a continuación, entiendo y acepto que estoy solicitando reducir la cantidad de mi sobrepago de FoodShare y que toda de la información que he proporcionado es correcta y completa según lo mejor de mi conocimiento.

FIRMA DEL SOLICITANTE – (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Fecha de firma (mm/dd/yyyy)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA – (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	
¿Cuál es su relación con la persona que solicita reducir la cantidad que debe si no es usted mismo? Tutor Legal o Guardián Legal <input type="checkbox"/> Representante Autorizado <input type="checkbox"/> Poder Notarial <input type="checkbox"/> Abogado que Representa <input type="checkbox"/>	

USDA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.