

REPORTE DE CAMBIOS DE FOODSHARE DE WISCONSIN
(Todos los miembros del hogar son personas ciegas, mayores o discapacitadas)

FOODSHARE WISCONSIN CHANGE REPORT
(All household members are Elderly, Blind or Disabled)

Si usted recibe los beneficios de FoodShare usted tiene que reportar, dentro de diez días, cualquier cambio en su:

- Dirección y costo de vivienda,
- Ingresos y estatus de empleo, o
- Hogar (alguien se muda dentro o fuera de su casa, si alguien se casa, sale embarazada, o da a luz a un bebé).

Si ocurre un cambio:

- Repórtelo por Internet en access.wi.gov,
- Llene este reporte y envíelo por correo o fax a:

Si usted vive en el condado de Milwaukee:

MDPU
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205
Fax: 1-888-409-1979

Si usted no vive en el condado de Milwaukee:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
Fax: 1-855-293-1822

- O, puede llevarlo a su agencia local. La dirección y número de teléfono de su agencia local se puede obtener en dhfs.wisconsin.gov/em/customerhelp, o llame al 1-800-362-3002 o 711 (TTY).

Si este reporte no tiene suficiente espacio para explicar un cambio, escriba la información en una hoja de papel y adjúntela a este reporte.

Proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social (SSN) es voluntario; sin embargo, cualquier persona que quiera obtener los beneficios de FoodShare pero no proporciona un SSN o solicita uno no puede obtener beneficios. Los Números de Seguro Social y la información de identificación personal se utilizarán solamente para la administración directa de FoodShare de Wisconsin.

Si usted intencionalmente no reporta un cambio o da información falsa, usted puede ser multado, tener que devolver cualquier beneficio de FoodShare que haya recibido por error, ser procesado, o las tres cosas.

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

CAMBIOS EN LOS INGRESOS Y SALARIOS DE TRABAJO

Trabajo Nuevo - 1

Usted tiene que presentar prueba de cualquier fuente nueva de ingresos. Ejemplos de pruebas que puede presentar son talones de cheques, una carta del empleador o un formulario de Verificación de Ingresos del Empleador (F-10146).

Nombre de la persona con nuevo trabajo o nuevos ingresos	Tasa de pago por hora \$	Horas por semana
Empleador	Con qué frecuencia le pagan	Fecha del primer pago

Trabajo Nuevo - 2

Nombre de la persona con nuevo trabajo o nuevos ingresos	Tasa de pago por hora \$	Horas por semana
Empleador	Con frecuencia le pagan	Fecha del primer pago

CAMBIOS EN OTROS INGRESOS

Usted tiene que reportar cualquier

- Fuente nueva de otros ingresos,
- Cambio de más de \$100 por mes en los ingresos de sustento de menores, o
- Cambio de más de \$50 por mes en otros tipos de ingresos no ganados como Compensación al Trabajador, Seguro de Desempleo, Seguro Social o beneficios de Veteranos.

Nombre de la persona que recibe ingresos no ganados	Fuente de ingresos	
Cambios en los ingresos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha en que los ingresos cambiaron	Cantidad mensual \$

Nombre de la persona que recibe ingresos no ganados	Fuente de ingresos	
Cambios en los ingresos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha en que los ingresos cambiaron	Cantidad mensual \$

CAMBIOS DE DIRECCIÓN Y CAMBIOS RESULTANTES EN LOS COSTOS DE VIVIENDA

Si se muda, usted tiene que reportar su nueva dirección, cualquier aumento o reducción en su alquiler o hipoteca o facturas de servicios públicos (gas, electricidad, agua, etc.).

Nueva dirección – calle	Ciudad	Estado	Código postal
Nuevo número de teléfono (incluya el código de área)		Fecha del cambio	

CAMBIOS EN LA RENTA

¿Está usted en una vivienda subsidiada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nueva cantidad de renta mensual \$		
Nombre del propietario	Número de teléfono del propietario (incluya el código de área)		
Dirección postal del propietario – calle	Ciudad	Estado	Código postal
Indique los servicios públicos que tiene que pagar			

CAMBIOS EN LA HIPOTECA

Nueva cantidad de hipoteca mensual \$	Indique los servicios públicos que tiene que pagar
Si no está incluida en la hipoteca, indique la cantidad mensual de Impuesto de propiedad \$ Seguro \$	

CAMBIOS EN EL HOGAR

Usted tiene que reportar si alguien:

- Se muda dentro o fuera de la casa
- Se casa
- Sale embarazada
- Da a luz un bebé (incluya información acerca de la persona que dio a luz y el recién nacido)

Nombre(s)	Número(s) de Seguro Social (SSN)	
Fecha de nacimiento	Parentesco	Fecha del cambio
Describa el cambio		

CAMBIO EN LOS PAGOS DE SUTENTO DE MENORES

Usted tiene que reportar cualquier cambio en la obligación legal de cualquier miembro del hogar que pague por sustento de menores.

Nombre de la persona que la corte le ordenó a pagar por sustento de menores	Número de la orden judicial
Cantidad mensual de sustento de menores \$	Fecha de la orden judicial o fecha en que la orden fue cambiada

¿OTROS CAMBIOS?

Reporte cualquier otro cambio que pueda afectar su elegibilidad. Algunos ejemplos de otros cambios incluyen que alguien quede discapacitado o se esté recuperando de una discapacidad, que alguien deje la escuela, gastos médicos por cuenta propia, etc. Incluya la fecha del cambio.

--

¿Cree usted que los cambios reportados en este formulario se mantendrán igual el mes que viene? Sí No
Si no, explique.

--

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELATIVAS A FOODSHARE

Cualquier miembro de su casa que intencionalmente rompa cualquiera de las reglas mencionadas a continuación podría ser excluido del programa FoodShare por un período de 12 meses después de la primera violación, por un período de 24 meses en caso de una segunda violación o por la primera violación que involucre sustancias controladas y permanentemente en caso de una tercera violación.

- Dar información falsa o el encubrir información para recibir o seguir recibiendo los beneficios de FoodShare;
- Intercambiar o vender los beneficios de FoodShare;
- Usar los beneficios de FoodShare para la compra de artículos no alimenticios como alcohol o tabaco;
- Usar los beneficios de FoodShare, la tarjeta de identificación o cualquier documentación de otra persona.

Según el valor de los beneficios utilizados incorrectamente, la persona puede recibir una multa 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.

Gastos: Entiendo que los gastos que reporte como costos de vivienda, cuidado infantil, sustento de menores, servicios públicos o médicos pueden afectar el nivel de beneficios de FoodShare que reciba. Entiendo que la falta a reportar o verificar un gasto significa que no deseo recibir una deducción por este gasto.

Reducción de Ingresos: Entiendo que no estoy obligado a reportar una reducción o pérdida de ingresos; sin embargo, podría tener derecho a recibir una cantidad mayor de beneficios de FoodShare si lo hago. Entiendo que mientras no reporte una reducción en el ingreso mensual de los miembros de mi familia o la pérdida de cualquier ingreso, que no recibiré ningún aumento en mis beneficios de FoodShare.

Entiendo que hay sanciones por ocultar información o dar información falsa. También entiendo que tendría que devolver los beneficios que reciba por no reportar todos los cambios en mis circunstancias. Estoy de acuerdo con presentar pruebas de los cambios, si me la pidieran. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

Su Número de Seguro Social (SSN) permite una verificación computarizada de su información con las agencias gubernamentales como el Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration (SSA) y el Department of Workforce Development, así como el programa de almuerzo escolar. Los Números de Seguro Social también se utilizan para verificar la identidad de los miembros del hogar y para verificar los ingresos de fuentes tales como empleadores, bancos y otras fuentes.

DISCRIMINACIÓN

El Department of Health Services (DHS) es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Si usted tiene alguna discapacidad y necesita acceder a esta información en un formato alternativo o en otro idioma, llame al (608) 266-3356 (voz) o al 1-888-701-1251 (TTY).

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés “USDA”) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español). Para obtener más información acerca de cuestiones del programa SNAP, las personas deben contactar al número de línea directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a [State Information/Hotline Numbers](#); lo puede encontrar en internet en [fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm](https://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

FIRMA – Participante/Representante Autorizado	Fecha de la firma	Número de teléfono durante el día ()
--	-------------------	---

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE