

## WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Division of Medicaid Services

F-16019AS (12/2021)

## INSCRIPCIÓN DE FOODSHARE WISCONSIN

### FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION

**INSTRUCCIONES:** Si tiene una discapacidad y necesita esta solicitud en un formato alternativo o la necesita traducida a otro idioma, póngase en contacto con su agencia. Para obtener el número de teléfono de su agencia, vaya a [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) o llame a servicios para miembros al 800-362-3002. Los servicios de traducción son gratuitos.

Tiene derecho a presentar su solicitud en cualquier momento. Para fijar su fecha de presentación (la fecha en la que pueden comenzar sus beneficios) debe facilitar al menos su nombre, dirección y firma. A continuación, puede llenar una solicitud completa en línea en [access.wi.gov](http://access.wi.gov), por correo, por fax, por teléfono o en persona.

**Deberá tener una entrevista con su agencia por teléfono o en persona para llenar el resto de su solicitud.** Su solicitud se tramitará lo antes posible, pero a más tardar 30 días a partir de la fecha en que su agencia reciba su solicitud.

Puede pedirle a un representante autorizado que llene este formulario por usted. Para designar a un representante autorizado, llene el formulario Nombrar, cambiar o remover a un representante autorizado: persona, F10126A, o el formulario Nombrar, cambiar o remover a un representante autorizado: organización, F10126B. Esto permitirá que su representante autorizado llene y firme la solicitud por usted. Para obtener este formulario, llame al 800-362-3002 o visite [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm).

Si tuvo beneficios de FoodShare que terminaron en los últimos 30 días, es posible que pueda reabrir sus beneficios de FoodShare sin llenar este formulario de inscripción. Póngase en contacto con su agencia para averiguar si puede reabrir sus beneficios de FoodShare sin tener que llenar este formulario o una solicitud.

Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial)		Número de seguro social	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de teléfono	¿Es usted actualmente una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
FIRMA – Solicitante o Representante Autorizado			Fecha de la firma (mm/dd/aa)

#### Servicios prioritarios de FoodShare

Si necesita ayuda de inmediato, es posible que pueda obtener los beneficios de FoodShare en un plazo de siete días a partir de la presentación de la solicitud y/o el formulario de inscripción si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Su hogar tiene 100 dólares o menos disponibles en efectivo o en el banco y tendrá menos de 150 dólares de ingresos este mes.
- Su hogar tiene gastos de alquiler, hipoteca o servicios públicos que superan el total de sus ingresos brutos mensuales (dinero en efectivo disponible o en cuentas bancarias) para este mes.
- Su hogar Incluye a un trabajador agrícola migrante o estacional que paró de recibir ingresos.

#### Responda a las siguientes preguntas para ser considerado para un servicio más rápido.

¿Cuál es el total de ingresos brutos (antes de impuestos u otras deducciones) que su hogar espera recibir este mes?	\$ _____
¿Cuál es el total de activos disponibles de su hogar (por ejemplo, dinero en efectivo, dinero en cuentas corrientes o de ahorro, o una suma global de dinero)?	\$ _____
¿Cuál es la cantidad que su hogar paga en total por la vivienda (por ejemplo, alquiler o hipoteca) este mes?	\$ _____

¿Recibió su hogar los beneficios de FoodShare este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibió su hogar los beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, cupones de alimentos o una transferencia electrónica de los beneficios) en otro estado este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Vive actualmente en un lugar de refugio para víctimas de violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguien en su hogar es un trabajador agrícola migrante o estacional cuyos ingresos han cesado recientemente y que no espera recibir más de 25 dólares en ingresos en los próximos 10 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Si su hogar tiene que pagar los servicios públicos, responda a las siguientes preguntas.**

Si paga alquiler, ¿la calefacción está incluida en su alquiler?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Marque los servicios públicos que su hogar debe pagar y marque "Sí" o "No" si el servicio se utiliza para calentar la vivienda.

	¿Se utiliza para la calefacción?	¿Se utiliza para la calefacción?
<input type="checkbox"/> Gas (natural)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Gas propano líquido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Aceite combustible/ queroseno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Carbón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Madera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Marque los servicios públicos que su hogar debe pagar.

<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Alcantarillado	<input type="checkbox"/> Recolección de basura
<input type="checkbox"/> Instalación	<input type="checkbox"/> Recargo por aire acondicionado	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Es posible que tenga que proporcionar pruebas de algunas de sus respuestas. Vea la sección "Pruebas necesarias" para una lista de pruebas que puede necesitar darnos.

**Envíe las solicitudes y/o pruebas por correo o fax a:**

Si usted vive en el condado de Milwaukee:  
MDPU  
PO Box 05676  
Milwaukee WI 53205

Si usted **no** vive en el condado de Milwaukee:  
CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234

O fax: 888-409-1979

O fax: 855-293-1822

También puede escanear y/o subir cualquier prueba en línea en [access.wi.gov](https://access.wi.gov).

Si quiere solicitar BadgerCare Plus o Medicaid, puede solicitar estos programas de atención médica en línea en [access.wi.gov](https://access.wi.gov) al mismo tiempo que solicita los beneficios de FoodShare. O puede completar una solicitud de papel para atención médica. Las solicitudes se pueden encontrar en línea en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) o contactando a su agencia.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE FOODSHARE WISCONSIN**

Esta solicitud es sólo para los beneficios de FoodShare. No es una solicitud para BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid, Wisconsin Shares, Child Care Subsidy ni para el Wisconsin Works (W-2). Puede solicitar los beneficios de BadgerCare Plus, Medicaid, Family Planning Only Services y ChildCare en línea en [access.wi.gov](https://access.wi.gov) a la misma vez que solicita los beneficios de FoodShare. Debe contactar a su agencia 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 los beneficios de FoodShare. Los beneficios de FoodShare están disponibles para ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales de los hogares con bajos ingresos. Un hogar está generalmente constituido por personas que viven juntas y que comparten los alimentos. La cantidad de beneficios de FoodShare que un hogar recibe se basa en el tamaño, los gastos 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 de comestibles o mercados de agricultores que aceptan FoodShare.

Como miembro de FoodShare, usted tiene derechos y responsabilidades. Sus derechos incluyen:

- El derecho a ser notificado de su estado de inscripción dentro de los 30 días siguientes a la solicitud.
- El derecho a obtener beneficios dentro de siete días si califica para ayuda inmediata.

- El derecho a ser tratado con respeto y a no ser discriminado por motivos de edad, sexo, raza, color, discapacidad, credo religioso, origen nacional o creencias políticas.

Usted es responsable de:

- Responder a todas las preguntas en la solicitud por completo y honestamente y firmar su nombre para certificar, bajo pena de perjurio, que todas sus respuestas son verdaderas y correctas.
- Proporcionar prueba de toda la información necesaria para determinar la elegibilidad.
- Informar cambios necesarios dentro del marco de tiempo proporcionado en sus cartas.
- No vender, intercambiar ni regalar beneficios.
- Usar los beneficios de FoodShare solo para comprar artículos permitidos.

Las personas que rompen las reglas de FoodShare podrían ser descalificadas del programa, multadas, encarceladas o las tres cosas.

Para más información sobre sus derechos y responsabilidades, vaya a [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10150B.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10150B.htm).

### **DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA**

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture - USDA), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una queja por discriminación, complete el formulario [USDA Program Discrimination Complain](#), (AD-3027) disponible en línea en: <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer>, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

### **AVISO ESCRITO**

Usted tiene derecho a recibir un aviso escrito de su agencia antes de que se tome cualquier medida de suspender o reducir sus beneficios de FoodShare. Para la mayoría de las medidas que se tomen, usted recibirá una carta al menos 10 días antes de que se tome la medida.

### **AUDIENCIA IMPARCIAL**

Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si no está de acuerdo con cualquiera medida que tome la agencia. Puede solicitar una audiencia imparcial verbalmente llamando al 608-266-7709. También puede enviar el formulario de solicitud de audiencia imparcial o una carta de solicitud de audiencia por fax al 608-264-9885 o por correo a:

Department of Administration  
Division of Hearing and Appeals  
PO Box 7875  
Madison, WI 53707-7875

Su solicitud debe recibirse en un plazo de 90 días a partir de la fecha en vigencia de la agencia para sus beneficios de FoodShare o, si no está de acuerdo con la cantidad de sus beneficios de FoodShare, en cualquier momento mientras recibe beneficios.

El formulario de solicitud de audiencia imparcial puede descargarse en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) o puede llamar a la agencia que figura en su carta para solicitar una audiencia.

En la mayoría de los casos, si la Division of Hearings and Appeals recibe su solicitud de audiencia imparcial antes de la fecha en vigencia de la medida, sus beneficios de FoodShare no cesarán ni se reducirán. Puede solicitar que sus beneficios continúen, al menos, hasta que se tome una decisión sobre su apelación. Durante este tiempo, si ocurre otro cambio no relacionado, sus beneficios de FoodShare pueden cambiar. Si ocurre otro cambio, recibirá una nueva carta. Si no está satisfecho con la decisión de la audiencia imparcial, puede apelar y solicitar una segunda audiencia imparcial. Si la decisión de la audiencia imparcial cesa o reduce sus beneficios, es posible que deba devolver los beneficios que obtuvo mientras su apelación estaba pendiente. Puede solicitar no recibir beneficios continuos.

Durante la audiencia o conferencia usted puede representarse a sí mismo o ser representado por un abogado, amigo o cualquier otra persona que elija. No podemos pagar por su abogado. Sin embargo, el servicio legal gratuito puede estar disponible para usted si califica. Para obtener más información sobre ayuda legal gratuita, llame al 888-278-0633.

Si ni usted ni su representante se presenta a la audiencia sin una causa justificada, su apelación se considera abandonada y será desestimada.

#### **TUTOR LEGAL, CONSERVADOR O PODER NOTARIAL**

Si tiene un tutor legal, conservador o poder notarial, esa persona puede completar y enviar este formulario en su nombre. Esa persona también tendría que presentar documentos sobre su nombramiento junto con este formulario.

#### **RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN / USO DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL / INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL**

**La recopilación de esta información, incluido el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, está autorizada en virtud de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (Food and Nutrition Act of 2008), en su forma enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036. La información se usará para determinar si su hogar es elegible o sigue siendo elegible para participar en el programa de cupones para alimentos (SNAP). Verificaremos esta información a través de programas de comparación por computadoras. Esta información también se utilizará para controlar el cumplimiento de las regulaciones del programa y para la administración del programa.**

**La información se utilizará para determinar si su hogar puede obtener o seguir obteniendo beneficios.**

**La información que dé se verificará a través de programas de comparación por computadoras. Esta información también se usará para supervisar el cumplimiento de las reglas del programa y la administración del programa.**

**Esta información puede revelarse a otras agencias federales y estatales para su examen oficial y a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a las personas que huyen para eludir la ley.**

**Si surge un reclamo de cupones para alimentos (SNAP) en contra de su hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números de Seguro Social, puede referirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamos, para la acción de cobro de reclamos.**

**Proporcionar la información solicitada, incluidos los números de Seguro Social de cada miembro de la familia, es voluntario. Sin embargo, el no proporcionar un número de Seguro Social dará como resultado la denegación de los beneficios de SNAP a cada persona que no proporcione un número de Seguro Social. Todos los números de Seguro Social proporcionados se utilizarán y divulgarán de la misma manera que los números de Seguro Social de los miembros elegibles del hogar.**

**Su número de seguro social no se compartirá con los United States Citizenship and Immigration Services (USCIS).**

#### **ESTATUS INMIGRATORIO**

Para poder recibir FoodShare, debe ser ciudadano estadounidense o tener un estado de inmigración calificado con USCIS. El estado de inmigración de todas las personas que solicitan FoodShare se verificará con USCIS y puede afectar la inscripción y los beneficios de FoodShare. El estado de inmigración **no** se verificará con USCIS para ninguna persona que no esté solicitando FoodShare o que indique que no tiene un estado de inmigración calificado con USCIS. Sin embargo, los ingresos de esas personas pueden afectar la inscripción o los beneficios de FoodShare.

## **REVISIÓN DE CONTROL DE CALIDAD**

Su caso de FoodShare puede ser seleccionado al azar por el Department of Health Services de Wisconsin para una revisión de control de calidad. Una revisión de control de calidad de FoodShare es una revisión de su caso de FoodShare para asegurarse de que la agencia que lo inscribió en FoodShare emitió sus beneficios correctamente y sigue las reglas establecidas por el gobierno federal. La ley federal establece que debe cooperar con la revisión de control de calidad. Si no proporciona la información solicitada y no coopera con la revisión, se podría cerrar su caso de FoodShare. Si esto sucede, se le informará por cuánto tiempo su caso estará cerrado.

## **REQUISITO DE INSCRIPCIÓN DE TRABAJO PARA PERSONAS DE 16 A 59 AÑOS DE EDAD**

Todos los solicitantes y los miembros de FoodShare de 16 a 59 años deben estar inscritos para trabajar a menos que se los considere exentos. Se registrará para trabajar en el momento en que se determine que es elegible para FoodShare a menos que cumpla con una exención.

Cumple con una exención de los requisitos de registro de trabajo si **cualquiera** de los siguientes es verdadero:

- Tiene 16 o 17 años y no es la persona principal en el grupo FoodShare.
- Tiene 16 o 17 años y es la persona principal en el grupo FoodShare, pero está inscrito en la escuela o en un programa de empleo y capacitación al menos a medio tiempo.
- Se determina que no es apto para trabajar. Esto corresponde si:
  - Obtiene beneficios por discapacidad temporal o permanente del gobierno o de una fuente privada.
  - Se determina que está mental o físicamente incapacitado para trabajar.
  - Se verifica que no puede trabajar mediante una declaración de un profesional de la salud o trabajador social.
- Está inscrito en el W-2 y cumple con los requisitos de trabajo del W-2.
- Usted es el cuidador principal de un niño dependiente menor de 6 años (ya sea que viva dentro o fuera de su casa). Sin embargo, si usted y otra persona tienen el control parental del niño, solo uno de ustedes puede quedar exento de los requisitos de inscripción laboral como principal cuidador de ese niño.
- Usted es el principal cuidador de otra persona que no puede cuidar de sí misma (ya sea que viva dentro o fuera de su casa).
- Usted ha solicitado o recibe compensación por desempleo.
- Usted participa regularmente en un programa de tratamiento o rehabilitación por abuso de alcohol u otras drogas.
- Está trabajando 30 o más horas por semana o ganando un salario igual a 30 o más horas por semana recibiendo el salario mínimo federal.
- Está inscrito al menos medio tiempo en una escuela reconocida, programa de capacitación o institución de educación superior.

Aunque inscribirse para trabajar es necesario, tomar parte en un programa de trabajo es voluntario.

Es posible que deba presentar pruebas a su agencia si cumple con alguna de estas excepciones. Aunque se requiere el registro para el trabajo, participar en un programa de trabajo es voluntario.

## **SANCIÓN POR REQUISITO DE REGISTRO DE TRABAJO**

Si no cumple con los requisitos de registro laboral y no cumple con una exención, no podrá obtener beneficios de FoodShare durante un período de sanción específico. Esto incluye si voluntariamente y sin una causa justificada realiza alguno de los siguientes:

- Rechaza una oferta de trabajo adecuada
- Deja un trabajo de 30 o más horas por semana (o un trabajo con ganancias equivalentes a 30 horas por semana con el salario mínimo federal)
- Reduce sus horas de trabajo a menos de 30 horas por semana (o sus ganancias a menos de 30 veces el salario mínimo federal)
- Participa en W-2 pero no cumple con los requisitos de trabajo del programa W-2
- Solicita u obtiene beneficios por desempleo, pero no cumple con los requisitos de trabajo del programa de compensación por desempleo

Si, durante el período de sanción, se muda a otro hogar de FoodShare, el resto del período de su sanción se transferirá a ese hogar. La duración de un período de sanción es:

- Un mes para la primera sanción.
- Tres meses para la segunda sanción.
- Seis meses para la tercera o posteriores sanciones.

Usted puede terminar un período de sanción anticipadamente si queda exento de los requisitos de registro de trabajo.

Tendrá que volver a presentar una solicitud para FoodShare si desea recibir beneficios después de que finalice el período de sanción. Si es parte de un grupo de FoodShare, deberá informar a su trabajador para que actualice su caso en lugar de tener que volver a presentar la solicitud.

### **REQUISITO DE TRABAJO PARA ADULTOS FISICAMENTE CAPACITADOS DE 18 A 49 AÑOS**

Ciertos adultos de 18 a 49 años sin hijos menores que viven en el hogar solo pueden obtener tres meses de beneficios de FoodShare de duración limitada en un período de 36 meses (tres años) a menos que cumplan con el requisito de trabajo de FoodShare o se consideren exentos. Este requisito de trabajo es diferente del requisito de registro de trabajo.

Hay cuatro formas de cumplir con el requisito de trabajo:

1. Trabajar al menos 80 horas al mes.
2. Participar en un programa de trabajo permitido por lo menos 80 horas al mes, como:
  - a. FoodShare Employment and Training (FSET).
  - b. W-2.
  - c. Ciertos programas bajo el Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA).
3. Tener un trabajo en especie (pagado con bienes en lugar de dinero) o voluntario, por lo menos 80 horas cada mes.
4. Tener una combinación de trabajo, un trabajo en especie, ser voluntario o participar en un programa de trabajo permitido por un total de 80 horas cada mes.

Usted obtendrá información sobre el programa FSET si está inscrito en FoodShare.

Se le puede considerar exento y no es necesario que cumpla con el requisito de trabajo si alguno de los siguientes es verdadero:

- En su casa vive un niño menor de 18 años que es parte del mismo grupo familiar de FoodShare.
- Es el principal cuidador de una persona que no puede cuidarse a sí misma.
- Es el cuidador principal de un niño dependiente menor de 6 años.
- Está física o mentalmente incapacitado para trabajar. Esto incluye estar sin hogar a largo plazo. Estar sin hogar a largo plazo significa que no tendrá un lugar regular para quedarse durante las próximas 30 noches.
- Está embarazada.
- Recibe o solicita el seguro de desempleo.
- Participa en un programa de tratamiento o rehabilitación por abuso de alcohol u otras drogas (AODA).
- Está inscrito en una institución de educación superior al menos a medio tiempo.
- Tiene 18 años o más asistiendo a la escuela secundaria al menos a medio tiempo.
- Está inscrito en el W-2 y cumple con los requisitos del W-2.
- Trabaja 30 horas o más por semana o gana un salario igual a 30 o más horas por semana con el salario mínimo federal.

Nota: Es posible que deba proporcionar prueba de que tiene una exención.

### **JOB CENTER (CENTRO DE TRABAJO)**

El Job Center o centro de trabajo está disponible para usted. El Job Center es la mayor fuente de ofertas de trabajo en Wisconsin. Visite el sitio web de Job Center en [jobcenterofwisconsin.com](http://jobcenterofwisconsin.com), o bien, puede usar computadoras con pantalla táctil en su centro de trabajo local. Para encontrar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 888-258-9966 (sin cargo).

### **VERIFICACIÓN POR COMPUTADORA**

**La información contenida en su solicitud estará sujeta a verificación a través del sistema de verificación de ingresos y elegibilidad del estado. Si usted trabaja, los ingresos del trabajo y los salarios que reporta serán verificados por computadora contra los salarios que su empleador reporta al Department of Workforce Development. También se contactará al Internal Revenue Service; Social Security Administration y la Unemployment Insurance Division sobre sus ingresos y activos. La información de estas agencias puede afectar la inscripción de su hogar y/o la cantidad de los beneficios.**

**Si se descubre que la información que usted da es incorrecta, se le pueden negar los beneficios de FoodShare y/o estar sujeto a un proceso penal por proporcionar información falsa a sabiendas. Deberá devolver los beneficios que obtenga si dio información falsa. Si se hace un reclamo de FoodShare en contra de su hogar, la información en la solicitud, incluyendo todos los números de Seguro Social, puede ser referida a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de cobro, para la acción de cobro de reclamos.**

### **ADVERTENCIA DE SANCIÓN DE FOODSHARE**

Cualquier miembro de su hogar que intencionalmente rompa cualquiera de las siguientes reglas puede ser excluido de FoodShare por 12 meses después de la primera violación, 24 meses después de la segunda violación o por la primera violación que involucre una sustancia controlada, y permanentemente por la tercera violación.

- Dar información falsa u ocultar información para obtener o seguir obteniendo los beneficios de FoodShare
- Comerciar o vender los beneficios de FoodShare
- Alterar las tarjetas para obtener beneficios que no tiene derecho a recibir
- Usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos no alimenticios como alcohol o tabaco
- Usar los beneficios, la tarjeta de identificación o cualquier documentación de FoodShare de otra persona.

Dependiendo del valor de los beneficios mal utilizados, puede ser multado hasta \$250,000, encarcelado por hasta 20 años o ambas cosas. Además, un tribunal puede prohibirle acceso al programa de FoodShare por 18 meses adicionales. 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 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 delincuentes que huyen y los violadores de la libertad condicional no pueden participar en el programa FoodShare Wisconsin. También puede ser objeto de un enjuiciamiento adicional en virtud de otras leyes federales aplicables.

Si comercializa (compra o vende) los beneficios de FoodShare a cambio de una sustancia controlada o drogas ilegales se le excluirá del programa FoodShare Wisconsin por un periodo de dos años por la primera falta y permanentemente por la segunda falta. Si comercializa (compra o vende) los beneficios de FoodShare por armas de fuego, municiones o explosivos se le excluirá del programa FoodShare Wisconsin permanentemente.

### **PRUEBAS NECESARIAS**

La inscripción en FoodShare no se puede determinar hasta que proporcione pruebas de ciertas respuestas. La siguiente lista muestra cuales pruebas son necesarias y algunos de los artículos que puede utilizar.

- Si su entrevista es en la agencia, traiga todos los artículos de prueba que pueda de la lista a continuación.
- Si su entrevista es por teléfono, se le enviará una lista de lo que deberá presentar después de su entrevista telefónica.

Si no puede obtener los artículos que necesita, informe a su agencia cuales artículos no puede obtener y su agencia puede ayudarlo. Se le puede pedir que presente pruebas de los artículos que no se detallan a continuación. Si es así, su agencia le enviará una lista de otras pruebas que se necesitan.

#### **Identidad**

- Licencia de conducir
- Acta de nacimiento
- Pasaporte o tarjeta de identificación de ciudadano de los EE. UU.
- Cheque de pago
- Identificación de empleado
- Registro de hospital

#### **Ingresos de trabajo**

- 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 (Employer Verification of Earnings Form)

#### **Otros ingresos**

- (Por ejemplo, seguro de desempleo, seguro por discapacidad, Seguro Social, jubilación, beneficios de veteranos, asignaciones militares)
- Carta actual de adjudicación
  - Copia de su último cheque

Los siguientes artículos pueden ser necesarios para obtener un crédito.

**Los costos de vivienda y los servicios público**

- Recibo de alquiler actual con nombre y número de teléfono del propietario
- Documentos de contrato de arrendamiento o hipoteca
- Declaración de impuestos sobre bienes raíces
- Facturas de servicios públicos

**El sustento de menores**

(recibido o pagado en cualquier otro estado que no sea Wisconsin)

- Documentos de orden judicial u otro registro de pago
- Registro de pago de otro estado

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

**Los costos y los gastos médicos**

Los gastos y los costos médicos incluyen, pero no están limitados, a los siguientes:

- Servicios de hospital, médicos, dentales 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 atención médica
- Costo relacionado para un animal de servicio especialmente entrenado
- Alerta de supervivencia/médica (Lifeline/Medic Alert) si la receta un profesional de la salud.
- Estado de cuenta
- Recibos detallados
- Póliza de seguro médico que muestre primas, coaseguro, copago, o deducible
- Frasco de medicina o pastillas con el precio en la etiqueta
- Estado de cuenta de la farmacia
- Acuerdo de pago con el proveedor
- Declaración del médico que verifique que un medicamento fue recetado
- Cuentas por los servicios de una enfermera a domicilio, ama de casa o asistente para servicios de salud en el hogar
- Recibos de transporte y/o alojamiento, o ambos para obtener servicios o tratamiento médicos
- Factura o recibos de alimentos para animales, capacitación o servicios veterinarios para un animal de servicio especialmente entrenado