



Paquete de Inscripción

Julio de 2018

INSCRIPCIÓN DE FOODSHARE WISCONSIN
FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION

Si usted tiene una discapacidad y necesita acceder a esta solicitud en un formato alternativo o requiere que se traduzca a otro idioma, comuníquese con su agencia. Para obtener el número de teléfono de su agencia, vaya a www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm o llame a Servicios para Miembros al 800-362-3002. Los servicios de traducción son gratuitos.

Usted puede dejar que otro adulto complete la solicitud por usted. Si se suspendieron sus beneficios de FoodShare en los últimos 30 días, usted puede completar esta solicitud o comunicarse con su agencia para averiguar si puede volver a recibir sus beneficios de FoodShare sin completar esta solicitud.

Si es elegible para FoodShare, sus beneficios de FoodShare comenzarán en la fecha en que la agencia reciba su solicitud. Su solicitud de FoodShare se procesará en la mayor brevedad posible, pero no más de 30 días a partir de la fecha en que la agencia reciba su solicitud.

Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial)

Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento (mm/ddd/aa – opcional)	Número de teléfono (opcional)
------------------------------------	--	-------------------------------

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

FIRMA – Solicitante o Representante Autorizado	Fecha de la firma (mm/ddd/aa)
---	-------------------------------

Servicios prioritarios de FoodShare

Si necesita ayuda de inmediato, podría recibir los beneficios de Foodshare a partir de los siete días de haber proporcionado su solicitud y/o formulario de inscripción si cualquiera de las siguientes afirmaciones es cierta:

- Su hogar tiene \$100 o menos en dinero en efectivo o en cuentas bancarias **y** espera recibir un ingreso inferior a los \$150 este mes.
- Su hogar tiene un costo de alquiler, hipoteca, o servicios públicos superior al monto 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.

Para ser considerado para un servicio más rápido, por favor responda a las siguientes preguntas.

¿Cuál es el total de ingresos brutos que el hogar espera recibir en este mes (antes de los impuestos u otras deducciones)?	\$ _____
¿Cuál es el total de activos disponibles (por ejemplo – dinero en efectivo en cuentas de cheques o de ahorros o una suma de dinero) de este mes)?	\$ _____
¿Cuál es el monto que su familia pagó en total por alquiler o hipoteca este mes?	\$ _____
¿Recibió su hogar los beneficios de FoodShare en este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Reside usted actualmente en un lugar de refugio para víctimas de violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibió alguien en el hogar beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, cupones de alimentos, transferencia electrónica de beneficios) de otro estado en este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay alguien en el hogar que sea un trabajador agrícola migrante o estacional que dejó de recibir ingresos recientemente y que no espera recibir más de \$25 en ingresos en los próximos 10 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si su hogar tiene que pagar facturas por servicios públicos, responda a las siguientes preguntas.

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

Marque la casilla(s) correspondiente a los servicios públicos que su hogar tiene que pagar y marque "Sí" o "No" para indicar si dicho 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"/> Aceite combustible/ queroseno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Carbón	<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"/> Madera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Marque la casilla(s) correspondiente para los servicios que su hogar tiene que 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"/> Otro:	_____

Usted tiene el derecho de presentar su solicitud en cualquier momento. Para establecer su fecha de presentación (que es la fecha en que pueden comenzar sus beneficios) tiene que proporcionar al menos su nombre, dirección y firma. A continuación, puede completar una solicitud completa en línea en access.wi.gov, por correo, por fax, por teléfono o persona.

Para ello, tendrá que dar por lo menos su nombre, dirección y firma para fijar la fecha en que presenta su solicitud. Aún necesitará hablar con su agencia en persona o por teléfono para finalizar el resto de su solicitud.

Quizás tenga que proveer pruebas de algunas de sus respuestas. Ver "Pruebas Necesarias" en las páginas 5 y 6 para obtener una lista de las pruebas que necesitará darnos.

Envíe pruebas/verificaciones 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

Usted también puede escanear y/o subir cualquier prueba por Internet en access.wi.gov.

Si desea solicitar para BadgerCare Plus o Medicaid, puede solicitar para estos programas de salud en línea en access.wi.gov a mismo tiempo que solicita los beneficios de FoodShare. O bien, puede completar una solicitud en papel para el cuidado de la salud. Las solicitudes pueden accederse en línea en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm. O las puede obtener a través de su agencia.

FOODSHARE DE WISCONSIN INFORMACIÓN IMPORTANTE

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 o Wisconsin Works (W-2). Usted puede solicitar los beneficios de BadgerCare Plus, Medicaid, Family Planning Only Services y ChildCare en access.wi.gov a la misma vez que solicita los beneficios de FoodShare. Usted 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 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.

Usted tiene derecho a que se le notifique su estado de inscripción dentro de los 30 días posteriores a la solicitud. Tiene derecho a recibir beneficios dentro de los siete días si califica para recibir ayuda inmediata.

Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto y no ser discriminado por su 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 requeridos dentro del marco de tiempo proporcionado en sus avisos.
- No poner su dinero o posesiones en el nombre de otra persona para poder recibir beneficios.
- No vender, intercambiar o 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.

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. (USDA, por sus siglas en inglés), 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 denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

NOTICIA ESCRITA

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

AUDIENCIA IMPARCIAL

Tiene derecho a una audiencia imparcial si no está de acuerdo con alguna medida de la agencia. Puede solicitar una audiencia imparcial verbalmente llamando al 608-266-7709 o enviando una carta solicitando una audiencia a:

Department of Administration
Division of Hearing and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875
Fax: 608-264-9885

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

En la mayoría de los casos, si la Division of Hearings and Appeals recibe su solicitud de audiencia justa antes de la fecha de vigencia de la acción, sus beneficios de FoodShare no se interrumpirán o 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 finaliza o reduce sus beneficios, es posible que deba devolver los beneficios que recibió 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 a 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 no comparece, o su representante no se presenta a la audiencia sin una buena razón, su apelación se considera abandonada y será desestimada.

GUARDIÁN LEGAL, CONSERVADOR O APODERADO

Si tiene un guardián legal, conservador o apoderado para las finanzas, 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.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Puede tener un representante autorizado que llene y envíe este formulario en su nombre. Para nombrar a un representante autorizado, llene ya sea el formulario 'Nombrar, cambiar o remover a un representante autorizado: para una persona, F-10126^a, o 'Nombrar, cambiar o remover a un representante autorizado: para una organización, F-10126B. Si un representante autorizado proporciona información incorrecta que se utiliza para determinar sus beneficios de FoodShare, usted o su representante autorizado será responsable de cualquier error.

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN / USO DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL / INFORMACIÓN PERSONALMENTE IDENTIFICABLE

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

La información se usará para determinar si su hogar puede obtener o seguir recibiendo beneficios.

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

Esta información puede ser revelada a otras agencias federales y estatales para un examen oficial, y a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a las personas que huyen para evitar la ley.

Si surge un reclamo de SNAP contra su hogar, la información en esta solicitud, incluidos todos los números de Seguro Social, puede remitirse 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 de los Estados Unidos 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 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 encuentra que no eres apto para el trabajo. Esto corresponde si:
 - Obtiene beneficios por discapacidad temporal o permanente del gobierno o de una fuente privada.
 - Si su agencia lo encuentra mental o físicamente incapacitado para trabajar.
 - Se verifica que no puede trabajar mediante con una declaración de un profesional de la salud o trabajador social.
- Está inscrito en W-2 y cumple con los requisitos de trabajo 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 DE CAPACITADOS ENTRE LOS 18 Y LOS 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 tres 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:
 - FoodShare Employment and Training (FSET).
 - W-2.
 - Ciertos programas bajo el Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA).
3. Ambas cosas trabajar y participar en un programa de trabajo permitido por un total combinado de al menos 80 horas por mes.

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:

- Vive con un niño menor de 18 años que es parte del mismo grupo familiar de FoodShare.
- Es el cuidador principal de un niño dependiente menor de 6 años (ya sea que viva en el hogar o fuera del hogar).
- Es el principal cuidador de una persona que no puede cuidar de sí misma (ya sea que la persona viva en el hogar o fuera del hogar).
- Está física o mentalmente incapacitado para trabajar. Esto incluye si experimenta una falta de vivienda crónica.
- Recibe o ha solicitado un seguro por desempleo.
- Participa en un programa de tratamiento o rehabilitación por abuso de alcohol u otras drogas.
- 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.

JOB CENTER (CENTRO DE TRABAJO)

Job Center está disponible para usted. Job Center es la mayor fuente de ofertas de trabajo en Wisconsin. Visite el sitio web de Job Center en 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 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. También se consultará al Internal Revenue Service; Social Security Administration; Unemployment Insurance Division sobre sus ingresos y activos. La información obtenida puede influir en la elegibilidad de su familia para acceder a FoodShare de Wisconsin y en el monto de los beneficios.

Si se descubre que algún dato proporcionado por usted es incorrecto, podrían denegarse los beneficios de FoodShare y/o se podría 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 del FoodShare Wisconsin contra su familia, la información contenida en la presente solicitud, incluso todos los números de Seguro Social, se podrá compartir con las agencias federales y estatales, así como también con las 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:

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

Según el valor de los beneficios utilizados incorrectamente, la persona podría recibir una multa por un valor de hasta \$250,000, ser encarcelada 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 y los transgresores de libertad condicional y vigilada no pueden participar en el programa FoodShare Wisconsin. El individuo además podrá ser procesado en función de otras leyes federales aplicables.

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

PRUEBAS NECESARIAS

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

- 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 qué artículos no puede obtener y su agencia puede ayudarlo. Se le puede pedir que presente comprobantes 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 del último cheque

Los siguientes artículos son necesarios para obtener un crédito.

Costos de vivienda y 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
- Estado de cuenta del seguro de propietarios de viviendas
- Facturas de servicios públicos

Sustento de menores

(que recibió o pagó en cualquier otro estado que no sea Wisconsin (Necesario para obtener un crédito)

- 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 un crédito por ciertos costos médicos.

Gastos / Costos médicos

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 cuidado médicos
- 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, 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 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.

SOLICITUD PARA FOODSHARE DE WISCONSIN
FOODSHARE WISCONSIN APPLICATION

La presente solicitud sirve únicamente para FoodShare. Esta solicitud no es para Medicaid, BadgerCare Plus, Wisconsin Shares, o Wisconsin Works (W-2). Usted puede solicitar para Medicaid, BadgerCare Plus, y Wisconsin Shares en línea en access.wisconsin.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 o cuidado de niños o asistirle en la 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 molde. 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 obtener la dirección de su agencia, vaya a www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm o llame al Servicios para miembros al 800-362-3002.
4. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con su agencia.
5. Si desea que alguien más complete el proceso de solicitud por usted, complete el formulario de Authorization of Representative (F-10126). Usted puede obtener este formulario en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm o a través de su agencia.

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE CONTACTO

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

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 los días de 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 del solicitante (apellido, nombre inicial)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de Seguro Social
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo – si es diferente a la de su domicilio [incluya calle o apartado postal (PO Box)]		
Ciudad	Estado	Código postal
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	Origen étnico (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro	

Raza (opcional)

- Indio Americano / Nativo de Alaska Asiático Negro / afroamericano
 Hawaiano / otras islas del Pacífico Blanco

¿En qué idioma desea usted recibir los avisos de FoodShare?

- Inglés Español

Idioma principal que se habla en su casa

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

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

Nombre de cónyuge u otro adulto (apellido, nombre inicial)

¿Solicita esta persona los beneficios de FoodShare?

- Sí No

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaa)

Número de Seguro Social (si está solicitando FoodShare)

Sexo

- Masculino Femenino

Estado civil

- Casado Soltero Divorciado

Ciudadano estadounidense (Sólo para los que solicitan beneficios)

- Sí No

Raza u origen étnico (opcional)

Raza (opcional)

- Indio Americano / Nativo de Alaska Asiático Negro / afroamericano
 Hawaiano / otras islas del Pacífico Blanco

Relación con el solicitante

¿Comparte usted alimentos con esta persona?

- Sí No

¿Provee usted cuidado a esta persona?

- Sí No

Nombre del niño 1 (apellido, nombre inicial)

¿Solicita esta persona los beneficios de FoodShare?

- Sí No

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Número de Seguro Social (si está solicitando FoodShare)

Sexo

- Masculino Femenino

Estado civil

- Casado Soltero Divorciado

Ciudadano estadounidense (sólo para los que solicitan beneficios)

- Sí No

Raza u origen étnico (opcional)

Relación con el solicitante

¿Comparte usted alimentos con esta persona?

- Sí No

¿Provee usted cuidado para esta persona?

- Sí No

Nombre del niño 2 (apellido, nombre inicial)

¿Solicita esta persona los beneficios de FoodShare?

- Sí No

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaa)

Número de Seguro Social (si está solicitando FoodShare)

Sexo

- Masculino Femenino

Estado civil

- Casado Soltero Divorciado

Ciudadano estadounidense (sólo para los que solicitan beneficios)

- Sí 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 del niño 3 (apellido, nombre inicial)		¿Solicita esta persona los beneficios de FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de Seguro Social (si está solicitando FoodShare)	
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 solicitantes 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 por separada para responder a estas preguntas.

¿Hay alguien entre los 18 a 49 años de edad que asistiendo a la escuela?

Sí No Si responde no, vaya a la Sección 5.

Nombre – Estudiante (apellido, nombre inicial)	Nombre de la escuela
El estudiante está inscrito: <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo	¿Trabaja este estudiante al menos 20 horas a la 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?

Sí No

¿Está el estudiante a cargo de un niño/a entre 6 a 12 años de edad donde no hay una guardería adecuada disponible?

Sí No

¿Es el estudiante un padre/madre soltero a cargo del cuidado de un niño menor de 12 de años de edad y asiste a la escuela tiempo completo?

Sí No

¿Participa el estudiante en un programa de estudio financiado a nivel federal o estatal?

Sí No

¿No puede el estudiante trabajar debido a una discapacidad temporal o permanente?

Sí No

¿Asiste el estudiante a la escuela debido a la colocación a través del Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA), W-2 o FoodShare Employment and Training (FSET)?

Sí No

SECCIÓN 5 – INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA FAMILIA

¿Ha sido alguien considerado totalmente discapacitado por el Social Security Administration, Veterans Administration, o Railroad Retirement Board?

Sí No

Nombre (apellido, nombre inicial)	Fecha de determinación de la discapacidad (mm/dd/aa)
-----------------------------------	--

¿Ha sido alguien condenado por un delito de drogas?

Sí No

Nombre (apellido, nombre inicial)

Fecha de la condena (mm/dd/aa)

¿Es alguien un prófugo de la justicia o en violación de libertad condicional/vigilada?

Sí 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/madre ausente (apellido, nombre inicial)

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Nombre del niño(s)

Relación con el niño(s)

Madre Padre

Fecha en que padre/madre abandonó el hogar (mm/dd/aa)

Fecha del último contacto con padre/madre (mm/dd/aa)

Orden judicial de divorcio/paternidad

Número del caso

Condado

Estado

Razón por la ausencia del padre/madre

Nombre del padre/madre ausente (apellido, nombre inicial)

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Nombre del niño(s)

Relación con el niño

Madre Padre

Fecha en que padre/madre abandonó el hogar (mm/dd/aa)

Fecha del último contacto con padre/madre (mm/dd/aa)

Orden judicial de divorcio/paternidad

Número de caso

Condado

Estado

Razón por la ausencia del padre/madre

SECCIÓN 7 – ACTIVOS

La información sobre los activos solo es necesaria si está solicitando los beneficios de emergencia o un hogar de personas mayores, ciegas, o discapacitadas. Enumere todos los activos que pertenecen a solicitante(s). Incluya los activos de propiedad conjunta con cualquier otra persona. No incluya el valor de las pertenencias personales del hogar. Los activos disponibles significan cualquier activo que puede ser cobrado en cualquier momento. Los activos incluyen artículos tales como efectivo, cuentas de cheques o de ahorro, certificados de depósito, fondos fiduciarios, acciones, bonos (no reservados para educación o gastos fúnebres), intereses en rentas vitalicias, bonos de ahorro de los EE.UU., contratos de propiedad, contratos de escrituras, tiempo compartido, propiedades de alquiler, patrimonio vitalicio o propiedad personal retenida con fines de inversión.

Tipo de activos	Nombre del propietario(s)	Valor actual	Descripción (tales como nombre del banco o 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 en el total de los ingresos 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? Si responde "Sí", responda a las preguntas a continuación para cada miembro del hogar que trabaje. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Nombre de la persona trabajando	Fecha de inicio de empleo (mm/dd/aa)
--	--------------------------------------

Nombre y dirección del empleador

Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Una vez al mes	Número de horas por cada período de pago
---	--

¿Cuánto le pagan por hora? \$	Ingresos brutos (antes de los impuestos) por cada período de pago \$
----------------------------------	---

Nombre de la persona trabajando	Fecha de inicio de empleo (mm/dd/aa)
--	--------------------------------------

Nombre y dirección del empleador

Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Una vez al mes	Número de horas por cada período de pago
---	--

¿Cuánto le pagan por hora? \$	Ingresos brutos (antes de los impuestos) por cada período de pago \$
----------------------------------	---

SECCIÓN 9 – PÉRDIDA DE EMPLEO

¿Ha dejado alguien de trabajar recientemente? Si responde "Sí," complete el resto de la Sección 9.

Sí No

Nombre (apellido, nombre inicial)

Fecha en que dejó de trabajar (mm/dd/aaa)

Nombre y dirección del empleador

Razón por la que dejó de trabajar

Renunció Fue despedido Cese de personal Otra

¿Ha solicitado esta persona seguro de desempleo?

Sí No

SECCIÓN 10 – INGRESOS 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? Si responde sí, complete lo siguiente. Si responde no, vaya a la Sección 11 "Otros Ingresos."

Sí No

Tipo de trabajo por cuenta propia

Nombre de la empresa

¿Cuándo comenzó a trabajar 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 ingresos anuales y en los gastos para esta empresa desde que se presentaron los impuestos más reciente?

Sí No

Nombre de la persona con trabajo por cuenta propia

¿Cuántas horas trabaja cada mes?

Ingreso neto anual (después de los gastos comerciales)

\$

Cantidad por depreciación reclamada

\$

¿Espera usted algún cambio en su ingreso neto anual este año?

Sí No

SECCIÓN 11 – OTROS INGRESOS

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

¿Hay alguien en su casa que reciba otros ingresos? Si respondió "Sí," complete la sección a continuación para cada tipo de ingreso.

Sí No

Tipo de ingreso		Nombre de la persona que recibe este ingreso	Ingresos brutos mensuales
Seguro Social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

Tipo de ingreso		Nombre de la persona que recibe este ingreso	Ingresos brutos mensuales
Pensión alimenticia/sustento de menores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Compensación de trabajadores/compensación por 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: ¿Paga alguien 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 se le paga?	¿Para quién es el cuidado?
--	----------------------	----------------------------

Cantidad \$	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Una vez al mes
----------------	---

Sustento de menores: ¿Paga alguien por el sustento de un menor(es) por orden judicial?

Sí No

¿Quién paga sustento de menores?	¿A quién se le paga?	¿Para quién es el cuidado?
----------------------------------	----------------------	----------------------------

Cantidad \$	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Una vez al mes
----------------	---

Gastos médicos: ¿Tiene algún miembro del hogar de edad avanzada o discapacitado gastos médicos de su propio bolsillo? Consulte las páginas 7 (RL- this page # needs the link so please let Lori know. Thanks!) y **Error! Bookmark not defined.** de la Inscripción de FoodShare Wisconsin para ver algunos ejemplos.

Sí No

¿Para quién es el gasto?	¿Cuáles son los gastos?
--------------------------	-------------------------

Cantidad \$	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Una vez al mes
----------------	---

Costo de vivienda: ¿Tiene algún miembro del hogar gastos de vivienda (Por ejemplo, alquiler, hipoteca, impuestos de propiedad)?

Sí No

¿Quién paga por el gasto?	Cantidad que paga el hogar mensualmente
---------------------------	---

¿Para qué es el gasto?	<input type="checkbox"/> Alquiler/alquiler de parcela	<input type="checkbox"/> Hipoteca	<input type="checkbox"/> Impuesto de propiedad
	<input type="checkbox"/> Seguro de casa	<input type="checkbox"/> Pago de préstamo de vivienda móvil	<input type="checkbox"/> Evaluación especial

Costos por servicios públicos:

¿Paga alguien en el hogar por los servicios públicos?

Sí No

Si usted paga alquiler, ¿está incluida la calefacción en el alquiler?

Sí No

Marque la casilla(s) correspondiente(s) para los servicios públicos que su hogar tiene que pagar e indique si este 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"/> Aceite combustible/ queroseno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Carbón	<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"/> Madera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Marque la casilla(s) correspondiente(s) para los servicios que su hogar tiene que pagar.

Teléfono Agua Alcantarillado
 Recolección de basura Instalación Otro: _____

¿Recibe usted asistencia 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 and Appeals, PO Box 7875 Madison WI 53708-7875 o puede llamar al (608) 266-7709. 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" sobre la Solicitud de FoodShare de Wisconsin que incluye mis derechos y deberes.

Informe de cambios: Entiendo que si no comunico estos cambios, que provocarán una asignación incorrecta de beneficios, deberé devolver todo pagado excedente 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.

Estatus inmigratorio: Comprendo que yo y todos los demás miembros de mi familia que solicitamos asistencia tenemos que ser ciudadanos estadounidenses o poseer estatus inmigratorio satisfactorio para obtener dicha asistencia. Sé que el estatus inmigratorio de cualquier miembro de mi familia que solicite beneficios será corroborado con el USCIS; esta información proporcionada al USCIS puede afectar la elegibilidad de mi familia y la cantidad de los beneficios. Sé que mi estatus **no** será corroborado con el USCIS si no estoy solicitando asistencia para mí o si declaro que soy un extranjero sin estatus inmigratorio satisfactorio.

Cualquier persona, incluyendo cualquier institución financiera, agencia de informes de crédito, empleador o institución educativa, está autorizada a divulgar esta información, según Wis. Stat. § 49.22 (2) (2m): "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."

Entiendo 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, incluida la información proporcionada sobre el estatus de ciudadanía de cada miembro del hogar que solicita beneficios, son correctas y completas según mi leal saber y entender. 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 de la firma (mm/dd/aaa)
---	-------------------------------