



INSCRIPCIÓN (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 dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/customerhelp/index.htm o llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-3002. Los servicios de traducción son gratuitos.

Usted puede dejar que otro adulto complete el proceso de solicitud por usted. Si sus beneficios de FoodShare fueron interrumpidos en los últimos 30 días, usted puede completar esta solicitud o comunicarse con su trabajador para averiguar si usted puede volver a recibir sus beneficios de FoodShare sin tener que completar esta solicitud.

Sus beneficios de FoodShare comenzarán a partir de 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 (SSN) (opcional)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de teléfono (opcional)
--	-----------------------------------	-------------------------------

Dirección – Calle

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

FIRMA (Solicitante o Representante Autorizado)	Fecha de la firma (mes/día/año)
---	---------------------------------

Si necesita ayuda de inmediato, usted podría recibir los beneficios de Foodshare dentro de siete días de haber proporcionado su solicitud si su hogar:

- Dispone de \$100 o menos de dinero en efectivo o en cuentas bancarias **y**
- Espera recibir un ingreso inferior a los \$150 este mes **o**
- Tiene en este mes un costo de alquiler/hipoteca o servicios públicos superior al monto total de ingresos brutos mensuales, dinero en efectivo disponible o en cuentas bancarias **o**
- 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.

Total de Ingresos Brutos que el hogar espera recibir en este mes (antes de los impuestos u otras deducciones)	\$ _____
Total de activos disponibles (por ejemplo – dinero en efectivo, cuentas de cheques/ ahorros, Certificados de Depósitos (CDs), acciones en cuentas de retiro (IRAs), etc.)	\$ _____
Total de pago de renta o hipoteca en este mes	\$ _____
¿Recibió alguien en el hogar los beneficios de FoodShare en este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibió alguien en el hogar beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, cupones de alimentos, EBT) 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 usted paga un alquiler, ¿está la calefacción incluida en su renta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

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

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

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

Puede establecer la fecha de presentación de su solicitud con sólo su nombre, dirección y firma o llenar una solicitud completa mediante la solicitud por Internet en ACCESS.wi.gov, por correo o por teléfono.

Si desea solicitar para BadgerCare Plus o Medicaid, puede solicitar para estos programas de salud por Internet en ACCESS.wi.gov al mismo tiempo que solicita los beneficios de FoodShare. O bien, puede completar una solicitud para el cuidado de la salud. Las solicitudes se pueden acceder en dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/customerhelp/index.htm o 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, Medicaid, Child Care o Wisconsin Works (W-2). Usted puede solicitar los beneficios de BadgerCare Plus, Medicaid, Family Planning Only Services y ChildCare por Internet en ACCESS.wi.gov a la misma vez que solicita los beneficios de FoodShare. Usted debe contactar a su agencia local del condado o tribu 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.

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: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf 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.

AUDIENCIA IMPARCIAL

Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si no está de acuerdo con cualquiera de las medidas adoptadas con relación a su solicitud o a sus beneficios en curso. Usted puede solicitar una audiencia imparcial escribiendo al:

Department of Administration
Division of Hearing and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

El formulario para la solicitud de una audiencia imparcial (Request for a Fair Hearing) se puede descargar en dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/customerhelp/index.htm. También podría contactar a su agencia para pedir una audiencia imparcial verbalmente o por escrito.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Usted tiene derecho a que otra persona solicite los beneficios de FoodShare por usted. Dicha persona actuará como su “representante autorizado.” Si desea tener un representante autorizado, complete el formulario Authorization of Representative (F-10126S). Para obtener este formulario vaya a dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/customerhelp/index.htm o pídaselo a la agencia. Si un representante autorizado proporciona información incorrecta que se utiliza para determinar sus beneficios FoodShare, usted será responsable por cualquier error.

USO DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL / INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

La información personal identificable, incluyendo Número de Seguro Social (SSN) se utilizará sólo para la administración directa del programa FoodShare de Wisconsin. Solicitar o proporcionar un SSN es voluntario. Sin embargo, quienes deseen acceder a los beneficios de FoodShare pero no proporcionen ni soliciten un SSN, no podrán hacerlo. Si alguien en su casa no está solicitando los beneficios de FoodShare no necesita proporcionarnos un SSN para esa persona. El SSN permite realizar una verificación computarizada de la información que usted suministra con entidades gubernamentales tales como el Internal Revenue Service (IRS); Social Security Administration (SSA) y el Department of Workforce Development así como también el School Lunch Program. El Número de Seguro Social también se utiliza para corroborar la identidad y verificar los ingresos de fuentes tales como empleadores.

ESTATUS INMIGRATORIO

Para acceder a los beneficios de FoodShare, usted tiene que ser un ciudadano estadounidense o acreditar un estatus inmigratorio válido con el United States Citizenship and Immigration Service (USCIS) (Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU.). El estatus inmigratorio de todas las personas que soliciten FoodShare será corroborado con

el USCIS y podría afectar la inscripción en FoodShare y la cantidad de los beneficios. El estatus inmigratorio NO se corroborará con el USCIS en los casos de personas que no estén solicitando ayuda o que indiquen no tener un estatus inmigratorio aprobado por el USCIS. Sin embargo, los ingresos de estas personas pueden afectar la inscripción de FoodShare y la cantidad de los beneficios.

INSCRIPCIÓN DE TRABAJO

Todas las personas en su grupo de *FoodShare* se deben inscribir para trabajar, a menos que por el contrario este exento. Las personas que no se tienen que inscribir para trabajar incluyen:

- Un padre/madre u otro miembro del hogar que sea responsable por el cuidado de un niño a cargo que tenga menos de 6 años de edad o responsable del cuidado de una persona discapacitada de cualquier edad.
- Una persona menor de 16 años de edad o de 60 años de edad o más;
- Personas en programas de tratamiento contra la adicción al alcohol o las drogas;
- Personas que trabajan por lo menos 30 horas a la semana (o reciben ingresos semanales que equivalen a 30 veces el salario mínimo por hora federal);
- Personas que reciben o han solicitado Unemployment Insurance (Seguro de Desempleo);
- Estudiantes matriculados por lo menos de tiempo medio en una escuela reconocida, un programa de formación, o institución de educación superior, o
- Personas que están física o mentalmente discapacitadas para trabajar según lo determine la agencia.

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

A partir del 1 de abril de 2015, ciertos adultos entre los 18 a 49 años de edad que no tengan hijos menores de edad en el hogar podrían sólo recibir tres meses de beneficios de FoodShare en un plazo de 36 meses a menos que cumplan con el requisito de trabajo de FoodShare. Para cumplir con el requisito de trabajo, a estas personas las referirán al programa FoodShare Employment and Training (FSET), a menos que de lo contrario estén exentos. Usted recibirá más información sobre FSET si está inscrito en FoodShare.



está disponible para usted. Job Center es la mayor fuente de empleo en Wisconsin. Usted puede visitar el sitio de Job Center en <https://jobcenterofwisconsin.com/>. O bien, puede usar las computadoras de pantallas táctiles en su Job Center local. Para encontrar un Job Center cerca de usted, llame al 1-888-258-9966 (línea gratis).

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

La recopilación de información en la solicitud, incluyendo el Número de Seguro Social de cada miembro de la familia que solicite beneficios, está aprobada por el Food and Nutrition Act of 2008, y sus enmiendas a través de P.L. 110-246, para determinar si la familia es elegible para participar en el programa FoodShare de Wisconsin. Esta información será corroborada por medio de programas computarizados de concordancia y también será utilizada para controlar el cumplimiento de las normas del programa FoodShare y su administración.

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 de FoodShare Wisconsin contra su familia, la información contenida en la presente solicitud, incluso todos los números de Seguro Social, podrá ser informada a las agencias federales y estatales, así como también a 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
- 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 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.

Si usted comercializa (compra o vende) los beneficios de FoodShare a cambio de una sustancia controlada/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 usted tiene una cita en la agencia, por favor traiga tantos artículos en la lista como pueda a su entrevista. Si su cita es por teléfono, se le enviará una lista de los artículos que usted necesitará después de su cita. Si usted no puede conseguir los artículos que necesita, dígame a su agencia qué artículos no puede conseguir y le podrán ayudar. Se le podría pedir pruebas de artículos no mencionados abajo. Si es así, la agencia le enviará una lista de otras pruebas necesarias.

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

- (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:

- 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 con un perro guía
- 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
- Cuentas o recibos de alimentos y/o servicios de veterinario, o ambas cosas, para un perro lazarillo o perro señal.

SOLICITUD PARA FOODSHARE DE WISCONSIN

La presente solicitud sirve únicamente para FoodShare. Esta solicitud no es para Medicaid, BadgerCare Plus, Child Care o W-2. Usted puede solicitar para Medicaid, BadgerCare Plus y ChildCare por Internet en ACCESS.wi.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 la dirección que se indica en la página 2 de esta solicitud.
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 Authorization of Representative (F-10126S). Usted puede obtener este formulario en dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/customerhelp/index.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 (mes/día/año)	Número de Seguro Social
--	-----------------------------------	-------------------------

Dirección – Domicilio (Calle)

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

Dirección de correo – si es diferente a la de su domicilio [incluya calle/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	Raza u origen étnico (opcional)
--	---------------------------------

¿En qué idioma desea usted recibir los avisos de FoodShare? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	Idioma principal que se habla en su casa
---	--

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Si necesita más espacio para responder a estas preguntas, utilice una hoja de papel en blanco o la sección de “Notas” en esta solicitud.

Nombre de cónyuge u otro adulto (apellido, nombre, inicial)	¿Está dicha persona solicitando los beneficios de FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Fecha de nacimiento (mes/día/año)	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 que estén solicitando 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 a esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------------------------	--	--

Nombre del niño 1 (apellido, nombre, inicial)	¿Está dicha persona solicitando los beneficios de FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Fecha de nacimiento (mes/día/año)	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 que estén solicitando 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
-----------------------------	--	---

Nombre del niño 2 (apellido, nombre, inicial)	¿Está dicha persona solicitando los beneficios de FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Fecha de nacimiento (mes/día/año)	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 que estén solicitando 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
-----------------------------	--	---

Nombre del niño 3 (apellido, nombre, inicial)	¿Está dicha persona solicitando los beneficios de FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Fecha de nacimiento (mes/día/año)	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 que estén solicitando 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 asistiendo a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde no, vaya a la Sección 5.	Nombre del estudiante (apellido, nombre, inicial)
--	---

Nombre de la escuela	¿Está este estudiante inscrito? <input type="checkbox"/> Tiempo medio o <input type="checkbox"/> Tiempo completo
----------------------	---

¿Está este estudiante trabajando al menos 20 horas por 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 asistiendo a la escuela tiempo completo?

Sí No

¿Está el estudiante participando en un programa de trabajo y estudio con fondos federales o estatales?

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 Investment Act (WIA), Wisconsin Works (W-2) o FoodShare Employment and Training (FSET)?

Sí No

SECCIÓN 5 – INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA FAMILIA

¿Ha sido alguien considerado totalmente discapacitado por el Social Security Administration (SSA), Veteran's Administration (VA), o Railroad Retirement Board?

Sí No

Nombre (apellido, nombre, inicial)

Fecha de determinación de la discapacidad (mes/día/año)

¿Ha sido alguien condenado por un delito de drogas?

Sí No

Nombre (apellido, nombre, inicial)

Fecha de la condena (mes/día/año)

¿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 (mes/día/año)

Nombre del niño(s)

Relación con el niño(s)

Madre Padre

Fecha en que padre/madre abandonó el hogar (mes/día/año)

Fecha del último contacto con padre/madre (mes/día/año)

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 (mes/día/año)

Fecha del último contacto con padre/madre (mes/día/año)

Orden judicial de divorcio/paternidad

Número de caso	Condado	Estado
----------------	---------	--------

Razón por la ausencia del padre/madre

SECCIÓN 7 – ACTIVOS

La información sobre activos sólo es necesaria si está solicitando los beneficios de emergencia. Indique todos los activos que sean propiedad del solicitante(s). Incluya activos de propiedad conjunta con alguien más. No incluya el valor de pertenencias personales, a menos que tengan un valor inusualmente alto. Los activos incluyen artículos tales como dinero en efectivo, cuentas de cheque o de ahorro, certificados de depósitos, fondos fiduciarios, acciones, bonos, cuentas de jubilación, interés en anualidades, bonos de ahorros de los Estados Unidos, acuerdos de propiedad, contratos de escritura, timeshares, propiedad de alquiler, life estates, ganado, herramientas, maquinarias de granjas, planes Keogh u otros beneficios contributivos (tax shelters), propiedades personales guardados para fines de inversión, etc.

Tipo de activos	Nombre del propietario(s)	Valor actual	Descripción (tales como nombre del banco/ 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 (mes/día/año)
---------------------------------	---

Nombre y dirección del empleador

Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana	Número de horas por cada período de pago
--	--

¿Cuánto le pagan por hora? \$	Ingresos brutos por cada período de pago \$
----------------------------------	--

Nombre de la persona trabajando	Fecha de inicio de empleo (mes/día/año)
---------------------------------	---

Nombre y dirección del empleador

Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana	Número de horas por cada período de pago
--	--

¿Cuánto le pagan por hora? \$	Ingresos brutos 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.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre de la persona	Fecha en que dejó de trabajar (mes/día/año)
----------------------	---

Nombre y dirección del empleador

Razón por la que dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Renunció <input type="checkbox"/> Fue despedido <input type="checkbox"/> Cese de personal <input type="checkbox"/> Otra	¿Ha solicitado esta persona seguro de desempleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 \$	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		\$
Pensión alimenticia/sustento de menores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Compensación de trabajadores/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"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana
----------------	--

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

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"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana
----------------	--

Gastos médicos: ¿Tiene algún miembro del hogar de edad avanzada o discapacitado gastos médicos de su bolsillo (out-of pocket)? Consulte la página 6 para ejemplos.

Sí No

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

Cantidad \$	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana
----------------	--

Costo de vivienda: ¿Tiene algún miembro del hogar gastos de vivienda (renta, hipoteca, impuestos, etc.)?

Sí No

¿Quién paga el gasto?	¿Cuáles son los gastos?
-----------------------	-------------------------

Cantidad \$	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana
----------------	--

Costos por servicios públicos:
¿Paga alguien en el hogar por los servicios públicos?

Sí No

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

Sí No

Marque la casilla(s) correspondiente para los servicios públicos que su hogar tiene que pagar e indique 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: _____

¿Recibe usted asistencia de vivienda (Section 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) 266-3096. 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 United States Citizenship and Immigration Service (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 la Ley de Wisconsin § 49.22 (2) (2 m) que establece lo siguiente: "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."

Declaro comprender 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 son correctas y completas según mi leal saber y entender, incluso en lo que concierne a la nacionalidad de cada miembro de mi familia que solicita los beneficios. 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 (mes/día/año)