



# Paquete de inscripción

Diciembre de 2021

## WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Division of Medicaid Services

F-16019AS (12/2021)

## INSCRIPCIÓN DE FOODSHARE WISCONSIN

### FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION

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

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

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

Puede pedirle a un representante autorizado que llene este formulario por usted. Para designar a un representante autorizado, llene el formulario Nombrar, cambiar o remover a un representante autorizado: persona, F-10126A, o el formulario Nombrar, cambiar o remover a un representante autorizado: organización, F-10126B. Esto permitirá que su representante autorizado llene y firme la solicitud por usted. Para obtener este formulario, llame al 800-362-3002 o visite [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm).

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

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

#### Servicios prioritarios de FoodShare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Marque los servicios públicos que su hogar debe pagar.

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

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

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

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

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

O fax: 888-409-1979

O fax: 855-293-1822

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

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

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE FOODSHARE WISCONSIN**

Esta solicitud es sólo para los beneficios de FoodShare. No es una solicitud para BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid, Wisconsin Shares, Child Care Subsidy ni para el Wisconsin Works (W-2). Puede solicitar los beneficios de BadgerCare Plus, Medicaid, Family Planning Only Services y ChildCare en línea en [access.wi.gov](http://access.wi.gov) a la misma vez que solicita los beneficios de FoodShare. Debe contactar a su agencia para solicitar para el W-2.

FoodShare es un derecho. Usted no tiene que solicitar para el W-2 u otros programas para poder obtener los beneficios de FoodShare. Los beneficios de FoodShare están disponibles para ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales de los hogares con bajos ingresos. Un hogar está generalmente constituido por personas que viven juntas y que comparten los alimentos. La cantidad de beneficios de FoodShare que un hogar recibe se basa en el tamaño, los gastos y los ingresos del hogar. Los beneficios de FoodShare se emiten en una tarjeta QUEST de Wisconsin que se utiliza como una tarjeta de débito en las tiendas de comestibles o mercados de agricultores que aceptan FoodShare.

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

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

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

Usted es responsable de:

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

### **AVISO ESCRITO**

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

### **AUDIENCIA IMPARCIAL**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **ESTATUS INMIGRATORIO**

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

### **REVISIÓN DE CONTROL DE CALIDAD**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hay cuatro formas de cumplir con el requisito de trabajo:

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

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

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

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

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

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

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

### **VERIFICACIÓN POR COMPUTADORA**

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

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

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

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

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

Dependiendo del valor de los beneficios mal utilizados, puede ser multado hasta \$250,000, encarcelado por hasta 20 años o ambas cosas. Además, un tribunal puede prohibirle acceso al programa de FoodShare por 18 meses adicionales. Asimismo, será descalificado permanentemente si se le condena por tráfico de beneficios de FoodShare por un valor de \$500 o más. Si se descubre que ha informado o declarado fraudulentamente sobre su identidad y residencia a fin de recibir más de un beneficio al mismo tiempo, no podrá tener acceso al programa por un plazo de 10 años. Los delincuentes que huyen y los violadores de la libertad condicional no pueden participar en el programa FoodShare Wisconsin. También puede ser objeto de un enjuiciamiento adicional en virtud de otras leyes federales aplicables.

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

### **PRUEBAS NECESARIAS**

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

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

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

#### **Identidad**

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

#### **Ingresos de trabajo**

- Todos los talonarios de cheques de pago de los últimos 30 días
- Un estado de cuenta firmado por el empleador que incluya las ganancias brutas y las fechas de pagos que se esperan recibir en los próximos 30 días
- Formulario de verificación de ganancias del empleador (Employer Verification of Earnings Form)

#### **Otros ingresos**

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



Los siguientes artículos pueden ser necesarios para obtener un crédito.

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

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

**El sustento de menores**

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

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

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

**Los costos y los gastos médicos**

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

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



## SOLICITUD DE FOODSHARE WISCONSIN FOODSHARE WISCONSIN APPLICATION

La presente solicitud es sólo para FoodShare. Esta solicitud no es para Medicaid, BadgerCare Plus, Wisconsin Shares ni Wisconsin Works (W-2). Puede solicitar Medicaid, BadgerCare Plus, y Wisconsin Shares en línea en [access.wisconsin.gov](https://access.wisconsin.gov) a la misma vez que solicita FoodShare. Para solicitar los beneficios del W-2, debe contactar a su agencia. Estos programas pueden proporcionarle ayuda con el costo de la atención médica o el cuidado de niños o la búsqueda de trabajo como parte del W-2.

### Cómo usar este formulario

1. Escriba en forma clara y en letra de molde. Utilice tinta azul o negra.
2. Llene la solicitud por completo. Si necesita más espacio para sus respuestas a las preguntas, use una hoja de papel en blanco. Envíe su solicitud llena a **su agencia**. Para obtener la dirección de su agencia, vaya a [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) o llame a servicios para miembros al 800-362-3002.
3. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con su agencia.
4. Puede pedir a un representante autorizado que haga la solicitud en su nombre. Para nombrar a un representante autorizado, llene el formulario Nombrar, cambiar o retirar a un representante autorizado: Formulario para una persona, F-10126A, o el formulario Nombrar, cambiar o retirar a un representante autorizado: Formulario para una organización, F-10126B. Esto permitirá que su representante autorizado llene y firme la solicitud por usted. Para obtener este formulario, llame al 800-362-3002, o vaya a [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm).

### SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE CONTACTO

Por favor, díganos cómo podemos contactarlo. Incluya el código de área de 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	¿Cómo se llama esta persona?

Dirección de correo electrónico (*Email*)

¿Cuál es la mejor forma y la mejor hora de contactarlo durante los días laborales?

### SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Si está llenando esta solicitud para otra persona, responda al resto de las preguntas como si fuera esa persona.

**Nota:** no tiene que responder a las preguntas sobre etnicidad si no lo desea. Estamos haciendo estas preguntas para ayudar a mejorar nuestros programas y asegurarnos de que no discriminen por motivos étnicos o raciales. Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión sobre sus programas y beneficios.

Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de Seguro Social
--	--------------------------------	-------------------------

Dirección postal

¿Es usted una persona sin hogar\* en este momento?  Sí  No

\*Por "persona sin hogar" nos referimos a que no tiene un lugar a largo plazo donde pasar la noche. Puede estar alojado en un albergue o en casa de un amigo o familiar, o puede que no tenga un lugar donde alojarse.

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

Dirección de correo\* – si es diferente a la de su domicilio [incluya calle o apartado postal (PO Box)]

\*Si actualmente no tiene hogar y no tiene una dirección postal, su correo irá a la agencia local.

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	Etnicidad (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino	
Raza (opcional, elija una o más) <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano / otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
¿En qué idioma desea usted recibir las cartas de FoodShare? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	Idioma principal que se habla en su casa	

**SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

Llene esta sección para las personas que viven con usted. Si necesita más espacio para responder a estas preguntas, use una hoja de papel en blanco para responder a estas preguntas. **Nota:** no tiene que responder a las preguntas sobre etnicidad si no lo desea. Estamos haciendo estas preguntas para ayudar a mejorar nuestros programas y asegurarnos de que no discriminen por motivos étnicos o raciales. Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión sobre sus programas y beneficios.

Nombre - <b>Cónyuge u otro adulto</b> (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 solicita 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 aquellos que solicitan beneficios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnicidad (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino
Raza (opcional, elija una o más) <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano / otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	
Relación con el solicitante	¿Compra alimentos o come comidas con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Cuida a esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre - <b>Niño 1</b> (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 solicita 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 aquellos que solicitan beneficios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnicidad (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino
Raza (opcional, elija una o más) <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano / otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	

Relación con el solicitante	¿Compra alimentos o come comidas con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuida a esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------------------------	---	---

<b>Nombre - Niño 2</b> (apellido, nombre, inicial)	¿Solicita esta persona los beneficios de FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaa)	Número de Seguro Social (si solicita 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 aquellos que solicitan beneficios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnicidad (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino
---	---

Raza (opcional, elija una o más)

<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro / afroamericano
<input type="checkbox"/> Hawaiano / otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	

Relación con el solicitante	¿Compra alimentos o come comidas con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuida a esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------------------------	---	---

<b>Nombre - Niño 3</b> (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 aquellos que solicitan beneficios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnicidad (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino
---	---

Raza (opcional, elija una o más)

<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro / afroamericano
<input type="checkbox"/> Hawaiano / otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	

Relación con el solicitante	¿Compra alimentos o come comidas con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuida a esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------------------------	---	---

**SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

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

¿Hay alguien en su hogar de 18 a 49 años que vaya a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde que 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
----------------------	--

¿El estudiante está empleado al menos 20 horas por semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está el estudiante a cargo del cuidado de un niño menor de 6 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

¿Está el estudiante inscrito en un programa de educación que se completará en dos años o menos y que conducirá a un empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--

¿Está el estudiante a cargo del cuidado de un niño de 6 a 12 años de edad y no se dispone de una guardería adecuada?

Sí  No

¿Es el estudiante un padre soltero que cuida a un niño menor de 12 de años 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

¿El estudiante no puede 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 SOBRE EL HOGAR

¿Hay alguien que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión?

Sí  No

¿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)

¿Alguien ha sido condenado por un delito de drogas?

Sí  No

Nombre (apellido, nombre, inicial)

Fecha de la condena (mm/dd/aa)

¿Hay alguien que huya de un delito grave o que viola la libertad condicional o la libertad vigilada?

Sí

Nombre (apellido, nombre, inicial)

### SECCIÓN 6 – INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES AUSENTES

Si necesita más espacio, use una hoja de papel aparte.

¿Algún tiene niño un padre/madre biológico o adoptivo que no vive en la casa?

Sí  No

Nombre del padre ausente (apellido, nombre, inicial)

Número de Seguro Social (si se sabe)

Fecha de nacimiento

Nombre del niño(s)

Relación con el niño(s)

Madre  Padre

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

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

Orden judicial de divorcio o paternidad

Número de caso

Condado

Estado

Razón por la ausencia del padre/madre

Nombre del padre ausente (apellido, nombre, inicial)

Número de Seguro Social (si se sabe)

Fecha de nacimiento

Nombre del niño(s)		Relación con el niño <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Fecha en que el padre o el madre abandonó el hogar (mm/dd/aa)	Fecha del último contacto con el padre o la madre (mm/dd/aa)	
Orden judicial de divorcio o paternidad		
Número de caso	Condado	Estado
Razón por la ausencia del padre o la madre		

**SECCIÓN 7 – ACTIVOS**

La información sobre los activos sólo es necesaria si está solicitando beneficios de emergencia para un hogar donde viven personas mayores, ciegas o discapacitadas. Indique todos los bienes de propiedad del solicitante(s). Incluya los activos que son de propiedad conjunta con cualquier otra persona. No incluya el valor de las pertenencias personales del hogar. Los activos disponibles significan cualquier activo que se pueda cobrar en cualquier momento. Los activos incluyen artículos tales como dinero en efectivo, cuentas corrientes o de ahorros, tarjetas de débito de prepago, certificados de depósito, fondos fiduciarios, acciones, bonos (no reservados para educación o gastos funerarios), intereses de rentas vitalicias, bonos de ahorro de EE.UU., acuerdos de propiedad, contratos de escrituras, multipropiedad, propiedades de alquiler, propiedades de vida o bienes personales que se mantienen 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 ahorros		\$	
Otro tipo de activo		\$	
Otro tipo de activo		\$	
Otro tipo de activo		\$	

**SECCIÓN 8 – INGRESOS POR EMPLEO / INGRESOS DE TRABAJO Y SALARIOS**

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, use una hoja de papel aparte.

¿Alguien de la lista que figura a continuación es un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Algún miembro del hogar trabaja? 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 que trabaja	Fecha de inicio del 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 <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Otro	
Número de horas por cada período de pago	Ingresos brutos (antes de los impuestos) por período de pago \$

¿A esta persona se le paga por horas?

Sí  No Si respondió que sí, ¿cuánto se le paga a esta persona por hora? \$

¿A esta persona se le paga un salario?

Sí  No Si respondió que sí, ¿cuál es el salario de esta persona? \$

¿Esta persona recibe propinas o compensación que no sea su paga por hora o salario?

Sí  No Si respondió que sí, ¿cuánto recibe esta persona en cada período de pago? \$

Nombre de la persona que trabaja

Fecha de inicio del empleo (mm/dd/aa)

Nombre y dirección del empleador

Frecuencia de pago

Semanal  Quincenal  Una vez al mes  Semestral  Otro

Número de horas por cada período de pago

Ingresos brutos (antes de los impuestos) por período de pago  
\$

¿A esta persona se le paga por horas?

Sí  No Si respondió que sí, ¿cuánto se le paga a esta persona por hora? \$

¿A esta persona se le paga un salario?

Sí  No Si respondió que sí, ¿cuál es el salario de esta persona? \$

¿Esta persona recibe propinas o compensación que no sea su paga por hora o salario?

Sí  No Si respondió que sí, ¿cuánto recibe esta persona en cada período de pago? \$

### SECCIÓN 9 – PÉRDIDA DE EMPLEO

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

Sí  No

Nombre (apellido, nombre, inicial)

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

Nombre y dirección del empleador

Razón por la que el empleo terminó

Renunció  Fue despedido  Cese de personal  Otra

¿Ha solicitado esta persona el seguro de desempleo?

Sí  No

### SECCIÓN 10 – INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA

Por favor, indíquenos los ingresos por cuenta propia que usted y/o cualquier persona de su hogar obtiene. Incluya los ingresos recibidos, aunque la persona no declare impuestos. Los ejemplos de trabajo por cuenta propia incluyen la posesión de un negocio, el alquiler de propiedades o cualquier intercambio de bienes o servicios por dinero. Si necesita más espacio o si más de una persona trabaja por cuenta propia, use una hoja aparte.

¿Alguien en su hogar trabaja por cuenta propia? Si es así, llene el resto de la Sección 10.

Sí  No

Nombre de la persona que trabaja por cuenta propia

Nombre de la empresa

Tipo de propiedad del negocio

Sociedad  Corporación S  Propiedad exclusiva  Corporación  No lo sé



Tipo de negocio (por ejemplo, una granja, una guardería en casa)

Fecha de inicio del negocio

¿Este negocio ha declarado impuestos?  Sí  No

Si es así, ¿en qué año fiscal presentó el negocio la última declaración de impuestos?

¿Ha tenido el negocio un cambio significativo en los ingresos o gastos?

Sí  No  No lo sé

En promedio, ¿cuánto gana este negocio al mes? Por favor, denos los ingresos recibidos antes de que se retiren los gastos. \$

En promedio, ¿cuáles son los gastos totales de este negocio al mes?

En promedio, ¿cuántas horas por mes trabaja esta persona para este negocio?

### SECCIÓN 11 – INGRESOS EN ESPECIE O DE VOLUNTARIO, OTROS INGRESOS

Por favor, infórmenos sobre cualquier trabajo en especie (obtener bienes, alimentos o servicios a cambio de trabajo) o trabajo voluntario que usted y/o cualquier persona en su hogar realice. Si necesita más espacio, use una hoja aparte.

Nombre – Persona u organización que da bienes, servicios o alimentos a cambio de trabajo o servicios

Dirección postal		Número de teléfono
Ciudad	Estado	Código postal

¿Cuál es el servicio o el trabajo que se realiza a cambio de bienes, servicios o alimentos?

¿Cuántas horas al mes se proporcionan?	Fecha de inicio del servicio
--	------------------------------

Nombre - Persona u organización con la que es voluntario

Dirección postal		Número de teléfono
Ciudad	Estado	Código postal
¿Cuántas horas al mes es voluntario?	Fecha de inicio del servicio	

### SECCIÓN 12 – OTROS INGRESOS

Si necesita más espacio use una hoja de papel aparte.

¿Alguien en su casa obtiene otros ingresos? Si respondió sí, llene la sección a continuación para cada tipo de ingreso.

Sí  No

Tipo de ingreso		Nombre – ¿Quién recibe este ingreso?	Cantidad mensual bruta
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 13 – GASTOS**

**Cuidado de personas dependientes:** ¿Alguien paga por el cuidado de niños o adultos para poder trabajar, buscar trabajo, ir a la escuela o recibir capacitación?

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:** ¿Algún miembro del hogar que sea mayor o tenga una discapacidad tiene gastos médicos de su bolsillo? Consulte la página 9 del Registro de FoodShare Wisconsin para 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

Seguro de casa  Pago de préstamo de vivienda móvil  Tasación o impuestos especiales para cosas como la reparación de aceras y calles

**Costos por servicios públicos:**

¿Alguien en el hogar paga por los servicios públicos?

Sí  No

Si usted paga alquiler, ¿se incluye la calefacción en el alquiler?

Sí  No

Marque la casilla(s) correspondiente 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Gas propano líquido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Aceite combustible/ queroseno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Carbón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Madera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

Teléfono  Agua  Alcantarillado  
 Recolección de basura  Instalación  Recargo por aire acondicionado  Otro: \_\_\_\_\_

¿Recibe usted asistencia de vivienda (Sección 8 u otras viviendas públicas subvencionadas)?

Sí  No

¿Recibe ayuda para los servicios de electricidad?

Sí  No

**SECCIÓN 14 – DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

**Audiencia imparcial:** Entiendo que tengo derecho a presentar una solicitud de audiencia imparcial para apelar cualquier medida tomada con respecto a mi solicitud o a los beneficios en curso si no estoy de acuerdo con esa medida. Entiendo que puedo pedir una audiencia imparcial llamando al 608-266-7709 o enviando una carta o un formulario de solicitud de audiencia imparcial por fax al 608-264-9885 o por correo a:

Department of Administration  
Division of Hearings and Appeals  
PO Box 7875  
Madison, WI 53708-7875

Puedo descargar un formulario de solicitud de audiencia imparcial en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm). También puedo contactar con la oficina de la agencia donde solicité y pedir una audiencia imparcial verbalmente o por escrito. Entiendo que puedo consultar el Manual de inscripción y beneficios de ForwardHealth (P-00079) para obtener más información.

**TIENE DERECHO A RECIBIR UN AVISO ESCRITO** de esta agencia antes de que se tome cualquier medida para cancelar 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 medida.

**TIENE DERECHO A:**

- Obtener una solicitud, y que su solicitud sea aceptada de inmediato.
- Que un adulto que conozca su situación le ayude a solicitar y a administrar sus beneficios de FoodShare.
- Obtener sus beneficios de FoodShare dentro de los 30 días posteriores a su solicitud si cumple con los requisitos.
- Obtener los beneficios de FoodShare dentro de los 7 días si cumple con los requisitos para un servicio más rápido.
- No ser discriminado por ser mayor de edad o por sexo, raza, color, discapacidad, credo religioso, origen nacional o creencias políticas.
- Que se respeten sus derechos civiles.
- Ser tratado con respeto por el personal de la agencia.
- Que su información privada se mantenga en privado.
- Pedir a su agencia que le explique cualquier cosa que no entienda.
- Que le digan por adelantado si sus beneficios de FoodShare se van a reducir o se van a cancelar y la razón del cambio.

- Consultar los registros y archivos de la agencia relacionados con usted, pero no la información obtenida de una fuente confidencial.
- Recibir una copia de las reglas de FoodShare.
- Solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con una decisión tomada por su agencia. Una audiencia justa le da la oportunidad de decirle a un oficial de audiencia por qué cree que la decisión sobre su solicitud o beneficios fue incorrecta.

**ES RESPONSABLE DE:**

- Responder a todas las preguntas de forma completa y honesta cuando solicite los beneficios de FoodShare. Firmará su nombre para certificar, bajo pena de perjurio, que todas sus respuestas son verdaderas.
- Proporcionar los documentos que se le pidan. Es posible que le pidan ciertos documentos para demostrar que cumple las normas del programa FoodShare.
- Informar cambios en el ingreso familiar sobre el 130% del nivel de pobreza federal. Esta cantidad se anotará en sus cartas. También puede encontrar el nivel de pobreza federal actual en [www.dhs.wisconsin.gov/foodshare/fpl.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/foodshare/fpl.htm).
- Informar cuando las horas de trabajo de un miembro del hogar con beneficios de tiempo limitado de FoodShare sean inferiores a las 80 horas por mes.
- No hacer cambios en una tarjeta de QUEST o en cualquier documento de FoodShare.
- No vender, intercambiar o regalar sus beneficios de FoodShare, documentos ni tarjetas QUEST.
- Usar los beneficios de FoodShare sólo para comprar artículos elegibles.

**Las personas que rompan las reglas de FoodShare pueden ser descalificadas del programa, multadas, puestas en prisión, o las tres cosas.**

**Informar los cambios:** Entiendo que si obtengo beneficios que no debí haber obtenido o no informo cuando los ingresos de mi hogar superen el 130% del nivel de pobreza federal y cuando las horas de trabajo de un miembro del hogar con beneficios de tiempo limitado de FoodShare caigan sean inferiores a las 80 horas por mes, es posible que tenga que devolver los beneficios y que también sea procesado por fraude, lo cual es un delito grave.

**Gastos:** Entiendo que los gastos que informo, tales como alojamiento, servicios públicos, cuidado de niños, manutención de niños o gastos médicos, pueden afectar el nivel de beneficios de FoodShare que obtiene mi hogar. Entiendo que el hecho de no informar o proporcionar pruebas de un gasto significa que no quiero obtener una deducción por este gasto.

**Reducción de ingresos:** Entiendo que no estoy obligado a informar una reducción o pérdida de ingresos; sin embargo, si lo hago, es posible que tenga derecho a un beneficio de FoodShare más alto. Entiendo que mientras no informe una reducción en los ingresos mensuales de mi hogar o la pérdida de cualquier ingreso del hogar, no obtendré ningún aumento resultante en mi beneficio de FoodShare.

**Estado de inmigración:** Entiendo que yo y todas las demás personas que viven en mi hogar que soliciten FoodShare deben ser ciudadanos o tener un estatus migratorio satisfactorio para obtener los beneficios. Entiendo que el estado de inmigración de cualquier persona en mi hogar que solicite beneficios será verificado con el USCIS; esta información proporcionada al USCIS puede afectar la elegibilidad y la cantidad de beneficios de mi hogar. Entiendo que mi estado no será verificado.

Cualquier persona, incluyendo cualquier institución financiera, agencia de información crediticia, empleador o institución educativa, está autorizada a divulgar esta información, según Wis. Stat. § 49.22(2)(2m): "El departamento puede solicitar a cualquier persona cualquier información que considere apropiada y necesaria para la administración de programas que lleven a cabo los propósitos del 7USC 2011 al 2029. Cualquier persona en este estado deberá proporcionar esta información dentro de los siete días siguientes a la recepción de una solicitud en virtud de esta subsección".

Entiendo las preguntas y las declaraciones de este formulario de solicitud. Entiendo las sanciones por dar información falsa o romper las reglas. Certifico, bajo pena de perjurio y juramento falso, que todas mis respuestas, incluyendo la información proporcionada sobre el estado de ciudadanía de cada miembro del hogar que solicita beneficios, son correctas y completas según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto proporcionar documentos para probar lo que he dicho. Entiendo que la agencia local puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener los documentos de prueba necesarios para determinar mi elegibilidad y nivel de beneficios.

Al firmar esta solicitud, reconozco que he leído y comprendido los derechos y responsabilidades que se indican más arriba.

**FIRMA** – Solicitante o Representante autorizado

Fecha de la firma (mm/dd/aa)