|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-16076AS (10/2023) | **STATE OF WISCONSIN** |
| INSTRUCCIONES PARA EL INFORME DE SEIS MESES DE FOODSHARE(foodshare six-month report instructions) |

Como miembro de FoodShare, debe proveer información actualizada sobre su hogar, para lo cual tiene que completar y enviar el formulario de informe de seis meses de FoodShare. Debe completar y enviar el formulario de Informe de Seis Meses de FoodShare a más tardar el **Select Due Date** si desea seguir recibiendo los beneficios de FoodShare sin demoras.

Para completar y enviar su formulario de Informe de Seis Meses de FoodShare, usted tiene las siguientes **opciones**:

1. A través del sitio web de ACCESSS: informe los cambios de su información **en línea**:
* Vaya a [access.wi.gov](https://access.wisconsin.gov/).
* Inicie sesión en su cuenta.
* Haga clic en el enlace del formulario del Informe de Seis Meses bajo Alertas.
* Siga las instrucciones en la pantalla.

**Nota:** Si no tiene una cuenta de ACCESS, puede ir a [access.wi.gov](https://access.wisconsin.gov/) para crear una.

1. Por correo: llene el formulario de papel adjunto siguiendo las instrucciones para llenar el formulario en las páginas siguientes. Utilice el sobre proporcionado para enviar el formulario y cualquier prueba a la agencia que aparece en el formulario.
2. Por fax: llene el formulario de papel adjunto siguiendo las instrucciones de las páginas siguientes. Envíe por fax el formulario de papel completo y cualquier prueba al 1-855-293-1822 (si **no** vive en el condado de Milwaukee) o al 1-888-409-1979 (si vive en el condado de Milwaukee). Asegúrese de enviar por fax ambas caras del formulario de papel.
3. Por teléfono: llene el formulario por teléfono llamando a su agencia local.
4. Por MyACCESS: envíe el formulario a través de la aplicación MyACCESS si informa que no hay cambios. Nota: tampoco se pueden informar cambios a través de las opciones indicadas anteriormente.

Si necesita ayuda para completar su formulario de Informe de Seis Meses de FoodShare, comuníquese con su agencia utilizando la información de contacto en la parte superior de esta página.

Es posible que deba proporcionar pruebas de algunas de sus respuestas. Consulte las instrucciones de cada sección para obtener ejemplos de pruebas que puede proporcionar. Su agencia se pondrá en contacto con usted si necesita proporcionar más pruebas.

**Instrucciones para completar el formulario de informe de seis meses de FoodShare en papel**

Escriba sus respuestas en letras de molde con tinta azul o negra. Utilice una hoja de papel adicional si necesita más espacio para contestar cualquier pregunta. La información de identificación personal se mantiene privada y sólo se utiliza para la administración directa de los beneficios de FoodShare.

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE DIRECCIÓN / REFUGIO** |

**Dirección:** La dirección de su hogar que se encuentra actualmente en nuestros archivos está preimpresa. Si se mudó, marque “Sí”y complete el resto de la Sección 1. Si la dirección es la correcta, marque “No” y vaya a la **Sección 2 –** **Miembros del hogar**. Si usted es una persona sin hogar, escriba “sin hogar” en el espacio proporcionado.

**Número de teléfono:** Escriba su número(s) de teléfono. Si no tiene teléfono, escriba un número en el que lo podamos localizar, si hay uno disponible.

**Dirección de correo electrónico (opcional):** Marque "Sí" o "No" para responder si ha cambiado su dirección de correo electrónico. Escriba su dirección de correo electrónico si quiere darle a su agencia más opciones para contactarlo. Marque "Sí" o "No" para responder si desea recibir comunicaciones del Estado a través del correo electrónico.

**Alquiler:** Si paga alquiler de apartamento o alquiler de terreno (alquiler por uso de terreno para estacionar una casa móvil), escriba la cantidad que paga al mes. Si vive en una casa subvencionada, como la Sección 8 o vivienda pública, escriba la cantidad que tiene que pagar al mes.

**Servicios públicos:** Si tiene cualquier factura de servicios públicos, como electricidad, gas, teléfono, agua o remoción de basura, marque la casilla para el servicio público que tiene que pagar al mes. Marque “Sí” o “No” en función de si un servicio público se utiliza para la calefacción.

**Hipoteca:** Si tiene un pago de hipoteca, escriba la cantidad que paga al mes.

**Impuestos sobre la propiedad:** Si sus impuestos sobre la propiedad se pagan por separado del pago de su hipoteca, escriba la cantidad que paga al mes.

**Seguro de propietario:** Si su seguro de propietario se paga por separado del pago de la hipoteca, escriba la cantidad que paga al mes.

Es posible que deba proporcionar pruebas de algunas de sus respuestas. Algunos ejemplos de las pruebas que podría proporcionar son su contrato de arrendamiento, documentos hipotecarios, declaración de impuestos de bienes raíces o póliza de seguro de propietario.

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 2 – MIEMBROS DEL HOGAR** |

Necesitamos obtener la información actual sobre las personas que viven con usted. La información que se encuentra actualmente en nuestros archivos está preimpresa. Marque “Sí” al lado de cada persona que todavía vive con usted. Marque “No” al lado de cada persona que ya no vive con usted.

Si hay nuevos miembros en su hogar, escriba la información solicitada en el espacio provisto. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio. Por favor marque la casilla o las casillas que mejor describa la etnicidad y/o la raza de esta persona. No tiene que responder a estas preguntas si no quiere. Hacemos estas preguntas con el fin de ayudar a mejorar nuestros programas y asegurarnos de que no discriminan por motivos étnicos o raciales. Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión sobre sus programas y beneficios.

Proporcionar números de Seguro Social e información sobre la ciudadanía estadounidense es voluntario; sin embargo, si no se proporciona esta información, se negarán los beneficios de FoodShare. La recopilación de un número de Seguro Social para cada miembro del hogar que solicita u obtiene beneficios está autorizada bajo la Ley de cupones de 1977 (Food Stamp Act de 1977), según enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036. Los números de Seguro Social, al igual que cualquier otra información que proporcione, se utilizan para fines de verificación con el Internal Revenue Service, la Social Security Administration, la Unemployment Insurance Division, y el Department of Transportation. Los números de Seguro Social también se utilizan para verificar la identidad de los miembros del hogar y prevenir la participación duplicada y para asegurarnos de que el hogar cumpla con las reglas de inscripción.

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 3– INGRESOS POR TRABAJO Y SALARIOS**  |

1. **Ingresos de trabajo**

La información de ingresos de trabajo que actualmente tenemos registrada para su hogar está preimpresa.

Marque “Sí” si ha habido un cambio en la información preimpresa. Algunos ejemplos de un cambio son un cambio en la tarifa de pago por hora, un cambio en la cantidad de horas trabajadas, la pérdida del trabajo, el comienzo de un nuevo trabajo o un cambio de estatus de tiempo completo o parcial. Si alguien dejó un trabajo, escriba el último día que esa persona trabajó. Si marca “Sí” en cualquiera de las casillas, vaya a la **Parte B – Informe de ingresos**

Marque “No” si la información preimpresa no ha cambiado. Si marcó “No” en todas las casillas **y** ha indicado todos los trabajos de todos los miembros del hogar, vaya a la **Parte C – Trabajo por cuenta propia.**

Si alguien en su hogar tiene un trabajo que no aparece en la lista, vaya a la **Parte B – Informe de ingresos**

1. **Informe de ingresos**

Si marcó “Sí” en la Parte A o necesita informar sobre un trabajo nuevo que no aparece en la lista, complete esta sección. Debido al espacio limitado, el formulario solamente tiene espacio para el pago y las horas de cinco empleadores.

Escriba el nombre de la persona cuyo trabajo desea informar, el nombre del empleador y la fecha en que comenzó a trabajar. Marque la casilla correspondiente a la frecuencia con que la persona recibe su pago. Escriba la tarifa de pago por hora, o el salario, si a la persona no se le paga por hora.

Es posible que deba proporcionar pruebas de algunas de sus respuestas. Algunos ejemplos de pruebas de salario que puede proporcionar son:

* Todos los talones de pago recibidos en el último mes.
* Una declaración firmada del empleador que incluye las ganancias brutas (ingreso antes de las deducciones de impuestos y otras deducciones) y las fechas de pago del último mes. La declaración tiene que indicar la tarifa de pago y el número de horas promedio que se espera trabajar el próximo mes.
1. **Trabajo por cuenta propia**

La información de trabajo por cuenta propia que actualmente tenemos registrada para su hogar está preimpresa. Tenga en cuenta que el ingreso mensual promedio que se muestra es el ingreso **antes de** deducir los gastos comerciales permitidos. Si ha habido un cambio en la información, explique el cambio en el espacio provisto. Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel adicional.

Si alguien en su hogar tiene trabaja por cuenta propia y su información de trabajo por cuenta propia no aparece en la lista, escriba el nombre de la persona, el nombre del negocio, el tipo de propiedad del negocio, el tipo de negocio (por ejemplo, panadería, granja, plomería), la fecha en que el negocio comenzó, la información de los impuestos del negocio, si el negocio ha tenido un cambio significativo en los ingresos o los gastos, el ingreso mensual promedios **antes** de que se deduzcan los gastos, los gastos mensuales promedio y la cantidad de horas promedio que la persona trabaja para el negocio cada mes.

Algunos ejemplos de un cambio importante son:

* La persona que trabaja por cuenta propia está enferma o lesionada y no puede trabajar por un mes o más.
* Un agricultor ha sufrido una pérdida inusual de cultivos debido al clima u otras circunstancias y no se le pagará por
la pérdida.
* Ha habido un aumento sustancial en los gastos relacionados con el negocio sin un aumento en los ingresos.

Es posible que deba proporcionar pruebas de algunas de sus respuestas. Algunos ejemplos de pruebas que puede proporcionar son declaraciones de impuestos o registros de contabilidad.

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 4 – OTROS INGRESOS** |

1. **¿Ha habido un cambio en otros ingresos?**

Los otros ingresos que actualmente tenemos registrados para su hogar están preimpresos. Usted tiene que informar los cambios de más de $125 en la sección “otros Ingresos”. Algunos ejemplos de otros ingresos son los pagos por sustento de menores, el seguro de desempleo, la compensación de trabajadores, los beneficios de veteranos, los ingresos de Seguro Social o los ingresos por cuidado de crianza temporal (*foster care*).

Si otros ingresos han cambiado por más de $125, marque “Sí” y vaya a la **Parte B – Informe de otros ingresos.**

Si no hay cambios en otros ingresos marque, “No”. Si marca “No” y todos los otros ingresos para todos los miembros de su hogar aparecen en la lista, vaya a la **Sección 5 – Pagos por Mantenimiento de Niños**.

Si alguien en su hogar tiene otros ingresos que no aparecen en la lista, vaya a la **Parte B – Informe de otros ingresos.**

1. **Informe de otros ingresos**

Si marcó “Sí” en la **Parte A** **– ¿Ha habido un cambio en otros ingresos?** o necesita informar otros ingresos que no aparecen en la lista, complete esta sección.

Es posible que deba proporcionar pruebas para algunas de sus respuestas. Algunos ejemplos de las pruebas que puede proporcionar son una carta de adjudicación, una declaración de pensión o una copia del último talonario de cheque.

**Nota:** Si no informa una deducción en el ingreso mensual de su hogar o la pérdida de cualquier ingreso en el hogar, no obtendrá ningún tipo de aumento en sus beneficios de FoodShare.

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 5 – PAGOS POR SUSTENTO DE MENORES** |

**Parte A. Informe los cambios en el sustento de menores:**

La información actual sobre el sustento de menores registrada para su hogar se completa a continuación. Marque “Sí” si ha habido un cambio en la información y complete la **Parte B – Informe de sustento de menores** para informar los cambios.

Marque “No” si la información no ha cambiado y vaya a la **Sección 6 - Ganancia de Lotería o Apuesta**.

**Nombre del miembro:** este es el miembro de su hogar que tiene un cambio en el sustento de menores.

**Fecha de inicio:** esta es la fecha en que comenzó la obligación de sustento de menores.

**Tipo de apoyo**: este es el tipo de apoyo que paga la persona (sustento de menores, sustento de la tutela, pensión alimenticia, etc.)

**Cantidad ordenada:** Esta es la cantidad de la obligación de sustento de menores. Escriba la cantidad de sustento de menores que la persona efectivamente paga cada mes.

**Parte B. Informe de sustento de menores**

Use esta sección para informar un cambio o para agregar nueva información sobre el sustento de menores.

**Cantidad ordenada**: escriba la cantidad nueva o modificada de la obligación de sustento de menores.

**Fecha de inicio del cambio**: escriba la fecha de inicio de la obligación de sustento de menores nueva o modificada.

**Con qué frecuencia:** marque la casilla para indicar la frecuencia con la que se requiere el pago.

**Fecha de la orden judicial fuera del estado**: escriba la fecha de la orden judicial fuera del estado.

Es posible que deba proporcionar pruebas para algunas de sus respuestas. Algunos ejemplos de las pruebas que puede proporcionar son una orden judicial o un registro de pago de otro estado.

**Nota:** No necesita proporcionar pruebas por los pagos de sustento de menores ordenados por una corte de Wisconsin.

Si ya no tiene que pagar por sustento de menores ni tutelas, marque la casilla “no tengo obligaciones por sustento de menores ni tutela” y complete la **Sección 6 - Ganancia de Lotería o Apuesta**.

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 6 – GANANCIA DE LOTERÍA O APUESTA** |

Necesitamos recopilar información actualizada sobre cualquier ganancia sustancial de lotería o apuesta que cualquier persona en su hogar haya ganado y que aún no se haya reportado a su agencia.

**Nombre del Miembro:** Este es el miembro de su hogar que tuvo una ganancia sustancial de lotería o apuesta.

**Fecha de la Ganancia:** Escriba la fecha en que ocurrió la ganancia de lotería o apuesta.

Si no tiene ningún cambio que reportar, marque la caja "ningún miembro del hogar tiene una ganancia sustancial de lotería o apuesta" y complete la **Sección 7 – Firma**.

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 7 – FIRMA** |

**Firma:** Revise toda la información proporcionada y firme y feche el formulario.

**Devuelva el formulario a la agencia indicada en este formulario.** Hemos incluido un sobre para su conveniencia.

**Lista de verificación:**

* Asegúrese de contestar a todas las preguntas.
* Recuerde firmar el formulario.
* No se le olvide enviar las pruebas de sus respuestas. Por ejemplo, si informa salarios en la Sección 3 – Parte B, incluya los talones de pago con fechas de los 30 días anteriores, un informe de las ganancias o una declaración de su empleador.
* Envíe **por correo** el formulario completo y cualquier prueba necesaria a la dirección indicada en el cuadro gris en la parte superior de la primera página del formulario o envíe el formulario **por fax** y cualquier prueba necesaria al 1-855-293-1822 (si **no** vive en el condado de Milwaukee) o al 1-888-409-1979 (si vive en el condado de Milwaukee).

**Nota:** Si va a enviar el formulario por correo, asegúrese de que puede ver la dirección de la agencia a través de la ventanilla del sobre proporcionado.

**USO DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL / INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL / RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN**

**La información requerida en su solicitud, incluido el número de Seguro Social de cada miembro del hogar que solicita beneficios, está autorizada por la Food and Nutrition Act (Ley de Alimentos y Nutrición) de 2008, con la enmienda PL 110-246 (Título 7, secciones 2011-2036 del Código de los Estados Unidos). Si no tiene un número de Seguro Social debido a sus creencias religiosas o su estatus migratorio, no se le exigirá proveer uno.**

**La información se utilizará para determinar si su hogar puede recibir o seguir recibiendo beneficios.**

**La información que entregue se verificará mediante programas informáticos de comparación. Esta información también se utilizará para monitorear el cumplimiento de las reglas del programa y para la gestión del mismo.**

**Esta información puede ser entregada a otras agencias federales y estatales para su examinación oficial, y a la policía para la detención de quienes se encuentren fugitivos de la ley.**

**El suministro de información en su solicitud, incluido el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, cualquier persona que solicite beneficios de FoodShare, pero que no dé un número de Seguro Social no podrá obtener dichos beneficios. Cualquier número de Seguro Social provisto por miembros que no estén inscritos se usará y revelará de la misma manera que los números de Seguro Social de los miembros del hogar que sí están inscritos.**

**Su número de Seguro Social no será compartido con el United States Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).**

**ESTATUS MIGRATORIO**

Para poder recibir beneficios de FoodShare, debe ser ciudadano de los EE. UU. o tener un estatus migratorio elegible ante el United States Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos) (USCIS). Se verificará con el USCIS el estatus migratorio de todas las personas que soliciten FoodShare, lo que puede afectar la inscripción y los beneficios de FoodShare. **No** se verificará con el USCIS el estatus migratorio de ninguna persona que no esté solicitando FoodShare o que indique que no tiene un estatus migratorio elegible ante el USCIS. Sin embargo, los ingresos de esas personas pueden afectar la inscripción o los beneficios de FoodShare.

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA** |

***NO ENVÍE SOLICITUDES POR ESTE MEDIO***

**Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que [puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) [USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf en cualquier](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf) oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

1. **correo:**

Food and Nutrition Service, USDA

1320 Braddock Place, Room 334

Alexandria, VA 22314; o

1. **fax:**

(833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o

1. **correo electrónico:**

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

***NO ENVÍE SOLICITUDES POR ESTE MEDIO***