|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN**  **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-16076S (10/2024) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORME DE SEIS MESES DE FOODSHARE(foodshare six-month report) **SMRF** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Para evitar un retraso en sus beneficios de FoodShare llene, firme y devuelva este formulario el:** Return Date  **A**: Return Address | | | | | | | | | | | | | | | **Número de caso:** Case Number  **Nombre del caso:** Case Name  **Información del trabajador**  **Nombre:** Worker Name  **Identificación:** Worker ID  **Teléfono:** Worker Phone Number | | | | | | | | | |
| Llene y envíe su formulario de Informe de Seis Meses de FoodShare de una de las siguientes maneras:   * En línea a través del sitio web de ACCESS: Ingrese a su cuenta de ACCESS en [access.wi.gov](https://access.wisconsin.gov/), y haga clic en el enlace del Informe de Seis Meses bajo Alertas. * Por la aplicación móvil: Si no hay cambios en la información que ya tenemos, envíelo a través de la aplicación MyACCESS. * Por correo: Llene y devuelva este formulario a la dirección en la casilla en la parte superior de este formulario. * Por teléfono: Llame a su agencia local y llene el formulario por teléfono. * Por fax: Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe por fax el formulario completo y cualquier prueba al 888-409-1979. Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe por fax el formulario y cualquier prueba al 855-293-1822. Envíe por fax ambos lados del formulario de papel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -------------------- | **LLENE ESTE FORMULARIO CON TINTA AZUL O NEGRA. POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | -------------------- | | |
| Incluya todas las pruebas requeridas de sus respuestas. Puede encontrar más detalles en las instrucciones. Su agencia se comunicará con usted si necesita más información. Asegúrese de incluir su información de contacto más reciente para que la agencia pueda comunicarse con usted. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE DIRECCIÓN / REFUGIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La dirección a continuación es la que tenemos registrada para su hogar.  Member Name and Address | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se ha mudado a otra dirección?  Si la respuesta es “Sí”, complete la información a continuación para la nueva dirección. Si la respuesta es “No”, complete la pregunta sobre correo electrónico a continuación, luego vaya a la **Sección 2—**Miembros del hogar. Si no tiene hogar, escriba “Sin hogar” en el espacio a continuación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | |
| ¿Cuál es su nueva dirección? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle | | | | | | | | | | | Número de apartamento | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad | | | | | | | | | | | Código postal | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono de casa | | | | | | | | | | | Teléfono móvil | | | | | | | | | | | | | |
| Si no tiene un teléfono, ¿cuál es un número al que se le puede localizar? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hay algún cambio en su dirección de correo electrónico? ☐ Sí ☐ No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección de correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Prefiere recibir comunicaciones del Estado a través de correo electrónico?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si paga el alquiler o el alquiler de un terreno, ¿cuánto paga al mes? (Si vive en una vivienda subvencionada, escriba la cantidad de alquiler que debe pagar.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| $ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si paga alquiler ¿la calefacción está incluida en su alquiler? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | |
| ¿Se requiere que su hogar pague por alguno de los siguientes servicios públicos, y se utiliza este servicio público para la calefacción? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | ¿Se usa para la calefacción? | | | | | | | | |  | | | | | | ¿Se usa para la calefacción? | | | | | |
| Gas (Natural)  Electricidad  Gas propano liquido | | | | Sí  No  Sí  No  Sí  No | | | | | | | | | Aceite combustible / queroseno  Carbón  Leña | | | | | | Sí  No  Sí  No  Sí  No | | | | | |
| Marque la casilla si su hogar tiene que pagar por cualquiera de los siguientes servicios públicos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfon  Recargo por A/C  Agua  Alcantarillado  Remoción de basura  Otro: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si tiene una hipoteca, ¿cuánto paga?  $ | | | | | | | Impuesto sobre la propiedad (si se paga por separado de su hipoteca)  $ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seguro de propietario de vivienda (si se paga por separado de su hipoteca)  $ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **secCiÓn 2 – miembros del hogar** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A continuación, se muestran los nombres de todas las personas que tenemos registradas viviendo en su hogar. Revise los nombres y marque “Sí” si todavía viven con usted o “No” si ya no viven con usted. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | Sí | | No | |  | | | | | | | | | | | | Sí | No |
| Household Member | | | | | | |  | |  | | Household Member | | | | | | | | | | | |  |  |
| Household Member | | | | | | |  | |  | | Household Member | | | | | | | | | | | |  |  |
| Household Member | | | | | | |  | |  | | Household Member | | | | | | | | | | | |  |  |
| Household Member | | | | | | |  | |  | | Household Member | | | | | | | | | | | |  |  |
| Household Member | | | | | | |  | |  | | Household Member | | | | | | | | | | | |  |  |
| Household Member | | | | | | |  | |  | | Household Member | | | | | | | | | | | |  |  |
| Household Member | | | | | | |  | |  | | Household Member | | | | | | | | | | | |  |  |
| Household Member | | | | | | |  | |  | | Household Member | | | | | | | | | | | |  |  |
| Household Member | | | | | | |  | |  | | Household Member | | | | | | | | | | | |  |  |
| Household Member | | | | | | |  | |  | | Household Member | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Complete la información a continuación para los nuevos miembros del hogar cuyos nombres no están escritos arriba.** Utilice una hoja de papel adicional si necesita más espacio o si más personas se han mudado con usted. No es necesario que responda las preguntas sobre etnicidad y raza que aparecen a continuación. Hacemos estas preguntas con el fin de mejorar nuestros programas y asegurarnos de que no se discrimine por motivos étnicos o raciales. Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión con respecto a sus beneficios. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | Apellido | | | | | | | | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) | | | | | | | |
| Etnicidad (opcional)  Hispano o latino  Ni Hispano ni latino  No lo sé  Prefiero no responder | | | | | | Raza (opcional): marque todas las que correspondan  Indio americano/De Alaska  Asiático  Negro/Afroamericano  Hawaiano/Otro isleño del Pacífico  Blanco  Otra  No lo sé  Prefiero no responder | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo  Masculino  Femenino | | | | | | Ciudadano estadounidense  Sí  No | | | | | | | | | | | Número de Seguro Social | | | | | | | |
| Número de registro de inmigrante | | | | | | | | | | ¿Cuándo se mudó esta persona con usted? (mm/dd/aa) | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Esta persona compra, prepara o comparte su comida con usted? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | |
| ¿Esta persona es pariente suyo? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | |
| Si contesta “Sí”, explique en el espacio a continuación qué parentesco tiene con usted (por ejemplo, hijo, madre, hermano, hermana). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECCIÓN 3 – INGRESOS Y SALARIOS DE TRABAJO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Ingresos de trabajo**   A continuación, se enumera la información que tenemos sobre los miembros de su hogar que tienen un trabajo. Marque “Sí” al lado del trabajo si ha habido un cambio en la tarifa, el pago o las horas trabajadas o si el trabajo terminó. Si esta persona ya no trabaja con este empleador, anote la fecha en que termino el trabajo. Marque “No” si no hay cambios.  ¿Ha habido un cambio en la tarifa de pago o en las horas trabajadas en este trabajo? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí  No | Nombre | | | | | | | | | | | Empleador | | | | | | | | | | | | |
| Tarifa de pago | Horas trabajadas por período de pago | | | | | | | | | | | Tipo de pago | | | | | Fecha en que terminó (mes/día/año) | | | | | | | |
| Sí  No | Nombre | | | | | | | | | | | Empleador | | | | | | | | | | | | |
| Tarifa de pago | Horas trabajadas por período de pago | | | | | | | | | | | Tipo de pago | | | | | Fecha en que terminó (mes/día/año) | | | | | | | |
| Sí  No | Nombre | | | | | | | | | | | Empleador | | | | | | | | | | | | |
| Tarifa de pago | Horas trabajadas por período de pago | | | | | | | | | | | Tipo de pago | | | | | Fecha en que terminó (mes/día/año) | | | | | | | |
| Sí  No | Nombre | | | | | | | | | | | Empleador | | | | | | | | | | | | |
| Tarifa de pago | Horas trabajadas por período de pago | | | | | | | | | | | Tipo de pago | | | | | Fecha en que terminó (mes/día/año) | | | | | | | |
| Sí  No | Nombre | | | | | | | | | | | Empleador | | | | | | | | | | | | |
| Tarifa de pago | Horas trabajadas por período de pago | | | | | | | | | | | Tipo de pago | | | | | Fecha en que terminó (mes/día/año) | | | | | | | |
| Si marcó “Sí” en cualquier detalle del trabajo, vaya a la **Parte B—**Informe de Ingresos. Responda a todas las preguntas sobre cualquier miembro de su hogar que tuvo un cambio en la tarifa de pago o las horas que trabajó o si alguien comenzó un nuevo trabajo. Si no hay ningún cambio en los ingresos de trabajo (todas las casillas se marcan “No”), vaya a la **Parte C—**Trabajo por cuenta propia.  Marque aquí si no hay nadie empleado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Informe de ingresos**   Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio para informar cambios en los ingresos de trabajo. Para los miembros del hogar empleados cuyos ingresos se informan a continuación, **incluya todos los talones de pago** querecibieron en los últimos 30 días. También se puede usar una declaración del empleador para verificar los salarios actuales. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del miembro | | | | | | | | | | | Nombre del empleador | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Fecha en que comenzó (mm/dd/aa) | Frecuencia de pago  Semanal  Cada dos semanas  Mensual  Dos veces al mes  Otra | Número de horas trabajadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tarifa de pago por hora  $ | | | | | | | | | | | Salario (si no se paga por hora)  $ | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del miembro | | | | | | | | | | | Nombre del empleador | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Fecha en que comenzó (mm/dd/aa) | Frecuencia de pago  Semanal  Cada dos semanas  Mensual  Dos veces al mes  Otra | Número de horas trabajadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tarifa de pago por hora  $ | | | | | | | | | | | Salario (si no se paga por hora)  $ | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del miembro | | | | | | | | | | | Nombre del empleador | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Fecha en que comenzó (mm/dd/aa) | Frecuencia de pago  Semanal  Cada dos semanas  Mensual  Dos veces al mes  Otra | Número de horas trabajadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tarifa de pago por hora  $ | | | | | | | | | | | Salario (si no se paga por hora)  $ | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Trabajo por cuenta propia**   A continuación, se enumera la información que tenemos registrada para las personas en su hogar que con trabajos por cuenta propia. Si la información ha cambiado, marque “Sí” y explique el cambio en las líneas a continuación. Si la información no ha cambiado, marque “No.” | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha cambiado la información?  Sí  No | | | | | Nombre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del negocio | | | | | Tipo de negocio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingreso promedio mensual | | | | | Gasto promedio mensual | | | | | | | | | | | | | Horas promedio que trabaja al mes | | | | | | |
| Si alguna información ha cambiado, por favor explique el cambio a continuación. Utilice una hoja de papel adicional si necesita más espacio. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si alguien en su hogar tiene un trabajo por cuenta propia y la información no aparece arriba, complete lo siguiente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del miembro del hogar | | | | | | | | | | | Nombre del negocio | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de propiedad del negocio  Sociedad  Corporaciόn S  Propiedad única  Otra  No sé | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de negocio | | | | | | | | | | | Fecha inicio del negocio | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El negocio ha declarado impuestos?  Sí  No  Si la respuesta es sí, ¿en qué año el negocio presentó la última declaración de impuestos? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido el negocio un cambio significativo en los ingresos o los gastos (más de $125)?  Sí  No  No sé | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingreso mensual promedio | | | | | Gasto mensual promedio | | | | | | | | | | | Promedio de horas que trabajo al mes | | | | | | | | |
| **SECCIÓN 4 – OTROS INGRESOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **¿Ha habido un cambio en otros ingresos?**   En la lista a continuación aparece lo que tenemos registrado para los miembros de su hogar.  Sólo necesita informar cambios de más de $125 en otros ingresos. Marque “Sí” debajo de “cambio de más de $125” si los otros ingresos del miembro han cambiado a más de $125.  Ejemplos de otros ingresos serían pagos de sustento de menores, seguro de desempleo, compensación de trabajadores o ingresos del Seguro Social. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cambios de más de $125 | | Nombre del miembro | | | | | | | | | | | | Fuente de otros ingresos | | | | | | Cantidad mensual | | | | |
| Sí  No | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | $ | | | | |
| Sí  No | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | $ | | | | |
| Sí  No | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | $ | | | | |
| Sí  No | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | $ | | | | |
| Si marcó “No” en todas las casillas anteriores **Y** nadie en su hogar recibe ningún otro ingreso de otra fuente, vaya a la **Sección 5 – Pagos por Mantenimiento de Niños.**  Si marcó “Sí” arriba **O** para agregar información sobre una nueva fuente de otros ingresos, vaya a la  **Parte B**—Informe de otros ingresos.  Marque esta casilla si no hay otros Ingresos.   1. **Informe otros ingresos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del miembro | | | | | | | | Fuente de otros ingresos | | | | | | | | | | | | Cantidad mensual | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | $ | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | $ | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | $ | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | $ | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN 5 – PAGOS POR SUSTENTO DE MENORES** | | | | | |
| 1. **Informe los cambios en el sustento de menores**   A continuación, se enumera la información que tenemos registrada para su hogar. Revise para asegurarse de que esta información sigue siendo correcta. | | | | | |
| **¿Hubo algún cambio?** | **Nombre del miembro** | **Fecha de inicio** | | **Tipo de apoyo** | **Cantidad ordenada** |
| Sí  No |  |  | |  |  |
| ¿Cuánto se paga de sustento de menores al mes? | | | | | |
| Si marcó "No" **y** nadie en su hogar está obligado a pagar por el sustento ni la tutela de menores, vaya a la **Sección 6 - Ganancia de Lotería o Apuesta**.  Si marcó "Sí" o necesita agregar nueva información sobre el sustento de menores, vaya a la **Parte B—Informe de sustento de menores.**  Marque aquí si no hay obligaciones de sustento ni tutela de niños. | | | | | |
| 1. **Informe de sustento de menores**   Llene la siguiente información para informar el sustento de menores que paga cualquier miembro del hogar. | | | | | |
| Nombre de la persona que paga por el sustento de menores (nombre y apellido) | | | | | |
| Cantidad ordenada  $ | | | Fecha de inicio del cambio (mm/dd/aa) | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Con qué frecuencia?  Semanal  Quincenal  Mensual  Dos veces al mes | Fecha de la orden judicial de otro estado (mm/dd/aa) |
| ¿Cuánto se paga de sustento de menores al mes? | |
| **SECCIÓN 6 – GANANCIA DE LOTERÍA O APUESTA** | |
| **A. Reporte cambios en Ganancia de Lotería o Apuesta**  Por favor, reporte si alguien en su hogar tiene una ganancia sustancial de lotería o apuesta definida como una sola ganancia de $4,500.00 o más antes de las deducciones de impuestos de una sola mano, juego, boleto o apuesta. | |
| **Nombre del miembro** | **Fecha de la Ganancia** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Marque aquí si ningún miembro del hogar tiene una ganancia sustancial de lotería o apuesta de una sola mano, juego, boleto o apuesta que está por encima de la cantidad del programa mencionado anteriormente. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECCIÓN 7 – FIRMA** | |
| Certifico que mis respuestas en este formulario son correctas y completas según mi leal saber y entender. Entiendo que la información que proporciono en este formulario puede resultar en un cambio o en la culminación de mis beneficios. También entiendo que si doy información incorrecta intencionalmente, puede resultar en una multa y/o encarcelamiento. | |
| **FIRMA** | Fecha de la firma |
| **Para evitar un retraso en sus beneficios de FoodShare, devuelva este formulario a más tardar el** Select Due Date**.** | |

***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](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

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