

## INFORME DE CAMBIO EN LOS INGRESOS DE FOODSHARE

(Hogares con informes reducidos)

### FOODSHARE INCOME CHANGE REPORT

(Reduced Reporting Households)

Si sus horas mensuales de trabajo se reducen a menos de 80 horas al mes o el total de sus ingresos brutos mensuales\* del hogar es mayor que su límite de declaración de ingresos como se muestra a continuación, informe el cambio a su agencia antes del día 10 del mes siguiente. Si se produce tal cambio, puede:

- Informar cambios en línea en [access.wi.gov](http://access.wi.gov).
- Llenar este informe y enviarlo por correo o fax a:

Si vive en el condado de Milwaukee:

MDPU  
6055 N. 64<sup>th</sup> St.  
Milwaukee, WI 53218  
Fax: 888-409-1979

Si no vive en el condado de Milwaukee:

CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234  
Fax: 855-293-1822

- Llame o llévelo a su agencia. Puede conseguir la dirección y el número de teléfono de su agencia en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) o llamar al 800-362-3002 o 711(TTY).

Por ejemplo: Usted comienza un trabajo nuevo el 1 de agosto que paga más de lo que gana ahora, y hay tres personas que reciben beneficios de FoodShare en su hogar. Si el total de ingresos brutos mensuales\* de su hogar en agosto es mayor que su límite de declaración de ingresos de \$2,888, debe informar el cambio a su trabajador de FoodShare antes del 10 de septiembre. También puede encontrar la cantidad que debe informar en su última carta de inscripción.

\*El total de ingresos brutos mensuales significa la cantidad total de ingresos recibidos por todos en su hogar en un mes antes de las deducciones, como los impuestos y las retenciones.

#### Límite de informe de ingresos mensuales\* del 1 de octubre de 2025 al 30 de septiembre de 2026

Tamaño de la familia	Límite de ingresos mensuales	Tamaño de la familia	Límite de ingresos mensuales
1	\$1,696	6	\$4,675
2	\$2,292	7	\$5,271
3	\$2,888	8	\$5,867
4	\$3,483	9	\$6,463
5	\$4,079	10	\$7,059

\*Estas cantidades de ingresos se basan en las pautas federales de pobreza de 2025-2026, que cambian cada octubre. Por cada miembro adicional del hogar, agregue \$596 por persona al límite de ingresos.

Puede seguir informando de otros cambios, como el cambio de domicilio, el matrimonio, las personas que se mudan dentro o fuera de su hogar, o la disminución de sus ingresos mensuales; Sin embargo, no se requiere que lo haga. Si decide informar estos cambios, póngase en contacto con su agencia.

La información de identificación personal se utilizará solamente para la administración directa de FoodShare.

Su nombre	Número de caso
-----------	----------------

#### CAMBIO EN LOS INGRESOS Y LAS HORAS

##### Cambio en las horas de ingresos laborales y salarios

Nombre – persona empleada	Empleador		
Tarifa de pago por hora \$	Horas por semana	Frecuencia de pago	Fecha del primer pago

**CAMBIO EN OTROS INGRESOS**

(Por ejemplo, beneficios de Seguro Social, pensiones, pagos del W-2, los beneficios de huelga, sustento de menores y manutención)

Nombre - persona que recibe ingresos no salariales	Fecha de cambio en los ingresos
Fuente de ingreso	Nueva cantidad mensual \$
Mes del cambio	Número de personas que vive en su hogar
Total de ingresos brutos no salariales	\$
Total de ingresos brutos mensuales laborales y salarios	+ \$
Total de ingresos brutos mensuales del hogar	= \$

¿Espera que los cambios informados en este formulario sigan vigentes el próximo mes?  
Si responde no, explique abajo.

Sí

No

### **Gastos**

Entiendo que los gastos que informo, tales como vivienda, servicios públicos, cuidado de niños, sustento de menores o gastos médicos, pueden afectar el nivel de beneficios de FoodShare que recibe mi hogar. Entiendo que si no informo o verifico un gasto significa que no quiero recibir una deducción por este gasto.

### **Reducción de ingresos**

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

### **ADVERTENCIA DE PENALIDAD DE FOODSHARE**

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

- Dar información falsa u ocultar información para obtener o continuar los beneficios de FoodShare,
- Intercambiar, vender o alterar los beneficios de FoodShare,
- Usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos no alimenticios, como alcohol o tabaco.
- Usar los beneficios de FoodShare, la tarjeta de identificación u otra documentación de otra persona.

Dependiendo del valor de los beneficios mal utilizados, la persona también puede ser multada hasta \$250,000, encarcelada hasta 20 años, o ambas cosas. Un tribunal también puede impedirle que obtenga FoodShare por un período adicional de 18 meses. También se le descalificará permanentemente si se le condena por traficar con beneficios de FoodShare de \$500 o más. No podrá participar en el programa FoodShare durante 10 años si se descubre que ha hecho una declaración o representación falsa con respecto a su identidad y residencia para obtener múltiples beneficios al mismo tiempo. Los delincuentes que huyen y los violadores de la libertad condicional/provisional no pueden obtener FoodShare. También puede estar sujeto a un procesamiento adicional bajo otras leyes federales aplicables.

Si intercambia (compra o vende) los beneficios de FoodShare por una sustancia controlada/drogas ilegales, no obtendrá beneficios de FoodShare por un período de dos años para el primer hallazgo y permanentemente para el segundo hallazgo. Si intercambia (compra o vende) armas de fuego, municiones o explosivos, se le negarán los beneficios de FoodShare permanentemente.

**FIRMA** – Participante/Representante autorizado

Fecha de la firma

Número de teléfono durante el día (Incluyendo el código de área)

---

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE

**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/ad-3027s.pdf>, en cualquier 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
- (2) fax:**  
(833)-256-1665, o (202)-690-7442; o
- (3) correo electrónico:**  
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.