

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

**PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL  
SUPLEMENTARIA (SNAP)  
FORMULARIO DE INFORME DE CAMBIOS**

(Favor de escribir en letra de molde legible)

CASO NÚMERO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**SE LE EXIGE INFORMAR TODO CAMBIO EN LA SITUACIÓN DE SU HOGAR  
SEGÚN LAS REGLAS A CONTINUACIÓN:**

FECHA: \_\_\_\_\_

**LLENE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO POR CORREO A:**

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL  
DISTRITO LOCAL:

SR.(A): \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS**

Lea las preguntas y reglas con atención. Si usted no informa un cambio que está obligado a informar, de acuerdo con las reglas establecidas, es posible que tengamos que iniciar un reclamo por pago excesivo de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP – por sus siglas en inglés) y cobrarle dicho monto.

Los cambios que ESTÁ OBLIGADO a informar se explican a continuación. Usted puede informar, voluntariamente, todo cambio en la composición del grupo familiar que recibe SNAP. Si el cambio a reportar tendría como resultado un aumento en la cantidad de beneficios que recibe, una vez usted presente comprobantes de dicho cambio, aumentaremos la cantidad de beneficios que recibe.

¿PRESENTA USTED UN «INFORME SIMPLIFICADO» (SEIS MESES) O UN «INFORME DE CAMBIOS»? CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA DETERMINAR SI PRESENTA UN «INFORME SIMPLIFICADO» O UN «INFORME DE CAMBIOS».

1. ¿Recibe usted beneficios Transitorios de SNAP (TBA)?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a la sección «TBA» en la página 3</b> (Salte las preguntas 2 a 8)	<input type="checkbox"/> <b>NO – Vaya a la pregunta #2, a continuación</b>
2. ¿Recibe beneficios del Proyecto de Mejora Nutricional del Estado de Nueva York ( <i>New York State Nutritional Improvement Project -NYSNIP-</i> )?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a «NYSNIP» en la página 3</b> (Salte las preguntas 3 a 8)	<input type="checkbox"/> <b>NO – Vaya a la pregunta #3, a continuación</b>
3. ¿Se le ha aprobado para recibir SNAP por un periodo de tres meses a la vez o por menos tiempo?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a «Informe de Cambios» en la página 2</b> (Salte las preguntas 4 a 8)	<input type="checkbox"/> <b>NO – Vaya a la pregunta #4, a continuación</b>
4. ¿Algún miembro de familia tiene ingresos trabajados que se toman en cuenta al hacer el cálculo de la cantidad de beneficios SNAP que recibe?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a «Informe Simplificado» en la página 2</b> (Salte las preguntas 5 a 8)	<input type="checkbox"/> <b>NO – Vaya a la pregunta #5, a continuación</b>
5. ¿Hay adultos (de 18 años o mayor) en el hogar que estén incapacitados o que tengan 60 años de edad o más?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a «Informe de Cambios» en la página 2</b> (Salte las preguntas 6 a 8)	<input type="checkbox"/> <b>NO – Vaya a la pregunta #6, a continuación</b>
6. ¿Recibe su hogar \$0 ingresos (incluyendo \$0 en Asistencia Temporal)?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a «Informe de Cambios» en la página 2</b> (Salte las preguntas 7 y 8)	<input type="checkbox"/> <b>NO – Vaya a la pregunta #7, a continuación</b>
7. ¿No tiene usted vivienda (domicilio fijo) o es trabajador agrícola migratorio o temporal?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a «Informe de Cambios» en la página 2</b> (Salte la pregunta 8)	<input type="checkbox"/> <b>NO – Vaya a la pregunta #8, a continuación</b>
8. ¿Contestó «No» a las 7 preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/> <b>Vaya a «Informe Simplificado» al principio de la página 2</b>	

**REGLAS DEL INFORME SIMPLIFICADO DE CAMBIOS:** Como hogar beneficiario de SNAP, según las reglas del «Informe

Simplificado de Cambios», usted solamente tiene que informar cambios en la próxima revalidación, excepto en las tres situaciones siguientes:

- Si el ingreso bruto mensual del hogar sobrepasa por un 130 % el índice nacional de pobreza, DEBE reportar esa cantidad mensual al distrito de servicios sociales, ya sea, por teléfono, por escrito o en persona, dentro de los 10 días de finalizado el mes calendario en el que el ingreso sobrepasa por un 130 %. El ingreso bruto es la cantidad de ingresos antes de descontar impuestos y otras deducciones, y no la cantidad que usted recibe cuando cobra su cheque. Al calcular la cantidad del subsidio SNAP que usted recibirá, usamos el monto del ingreso bruto. La persona a cargo de su caso le explicará qué significa el 130 % del índice nacional de pobreza para una familia con el número de miembros en el hogar como la suya. Todo otro tipo de ingreso que usted reciba, además de los ingresos trabajados, deben agregarse a su ingreso bruto ganado para determinar si usted sobrepasa el 130 % del índice nacional de pobreza. Ejemplos de otros tipos de ingresos que se toman en cuenta son: pagos de Sustento de Menores, Seguro de Desempleo, pagos de Asistencia Temporal (TA), pagos por Compensación Laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o beneficios privados por incapacidad.

Si usted no nos informa que sus ingresos brutos sobrepasan el 130 % del índice nacional de pobreza en un determinado mes calendario; todos los beneficios recibidos después de ese mes se podrían considerar como pagos excesivos. Esto aplica aun cuando su ingreso bruto sea menos del 130 % del índice nacional de pobreza en un mes futuro.

- Si el período de certificación de su grupo familiar dura más de 6 meses: en la fecha de la revisión de los seis meses de su período de certificación, usted recibirá un Formulario de Informe Periódico el cual usted DEBE devolver dentro de los diez días de recibirlo. Si su grupo familiar tiene algunos de los cambios que se mencionan a continuación, usted DEBE informarlos en el formulario que se le envía a la fecha de revisión de los seis meses.

Lista de cambios que debe informar en la revisión de los seis meses:

- Cambios en cualquier fuente de ingresos de cualquier miembro de su hogar
- Cambios en el total de ingresos trabajados de su hogar cuando este total aumenta o disminuye por más de \$100 al mes
- Cambios en el total de ingresos no trabajados de su hogar provenientes de fondos públicos, tales como beneficios de Seguro Social o beneficios del Seguro de Desempleo (UIB), cuando este total aumenta o disminuye por más de \$100 al mes
- Cambios en el total de ingresos no trabajados de su hogar provenientes de fondos privados, tales como pagos de Sustento de Menores o pagos del seguro privado por incapacidad, cuando este total aumenta o disminuye por más de \$100 al mes
- Cambios del monto legal obligatorio de Sustento para Menores que usted paga por un(a) niño(a) que no sea miembro del hogar beneficiario de SNAP
- Cambio en quiénes viven con usted
- Si se muda, su nuevo domicilio, o los nuevos montos de alquiler o hipoteca, gastos de calefacción / aire acondicionado y servicios públicos
- Un automóvil nuevo o diferente, u otro vehículo
- Aumento en la cantidad de dinero en efectivo, acciones, bonos, dinero en el banco o instituciones de ahorro cuando la cantidad total en efectivo y en ahorros de todos los miembros del hogar es más de \$2,250 (o más de \$3,500 si algún miembro del hogar está incapacitado(a) o tiene 60 años de edad o más)
- Todo cambio, en la circunstancias de su hogar, que pudiese resultar en una sanción, tal como se explica en la página 6.
- Si algún integrante de su hogar beneficiario del subsidio SNAP es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes ("ABAWD"), él o ella DEBE informar al distrito si las horas de trabajo se reducen a menos de 80 horas cada mes, debe informarlo dentro de los diez días de finalizado dicho mes. La persona bajo la categoría de ABAWD puede solicitar del distrito de servicios sociales una actividad que cumpla con el requisito laboral que le pueda ayudar a él o a ella a cumplir con el requisito federal ABAWD. Si algún integrante de su grupo familiar beneficiario de SNAP es un ABAWD, él o ella debería informar si el grupo familiar de él o ella se ha mudado a una zona donde la exención federal ABAWD ha sido aprobada o si la persona ABAWD cree que él o ella debería ser exento(a) del requisito ABAWD.

**REGLAS SOBRE INFORME DE CAMBIOS**

Según las reglas de «Informe de Cambios» en cuanto a los hogares que reciben SNAP, usted DEBE reportar los siguientes cambios dentro de 10 días de finalizar el mes en el que ocurre el cambio:

- Cambios en la fuente de ingresos de miembros del hogar.
- Cambios en el total de ingresos trabajados del hogar cuando este total aumenta o disminuye por más de \$100 al mes
- Cambios en el total de ingresos no trabajados del hogar provenientes de fondos públicos, tales como beneficios de Seguro Social o beneficios del Seguro de Desempleo (UIB), cuando este total aumenta o disminuye por más de \$100 al mes.
- Cambios en el total de ingresos no trabajados del hogar provenientes de fondos privados, tales como pagos de Sustento de Menores o pagos del seguro privado por incapacidad, cuando este total aumenta o disminuye por más de \$100 al mes.
- Cambios en los pagos del monto legalmente obligatorio de Sustento para Menores de un(a) niño(a) que no sea miembro del hogar beneficiario de SNAP.
- Cambios en cuanto quiénes viven con usted.
- Si se muda, su nuevo domicilio, o los nuevos montos de alquiler, hipoteca; gastos de calefacción / aire acondicionado y servicios públicos.
- Un automóvil nuevo o diferente, u otro vehículo.
- Aumento en la cantidad de dinero en efectivo, acciones, bonos, dinero en el banco o instituciones de ahorro, cuando la cantidad total en efectivo y en ahorros de todos los miembros del hogar es ahora más de \$2,250 si en el hogar no hay miembros de edad avanzada, o con una incapacidad permanente; o más de \$3,500 si en el hogar hay miembros de edad avanzada o con una incapacidad permanente.
- Si algún integrante de su grupo familiar beneficiario del subsidio SNAP es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes ("ABAWD"), él o ella DEBE informar al distrito si las horas de trabajo se reducen a menos de 80 horas cada mes, debe informarlo dentro de los diez días de finalizado dicho mes. La persona bajo la categoría de ABAWD puede solicitar del distrito de servicios sociales una actividad que cumpla con el requisito laboral que le pueda ayudar a él o a ella a cumplir con el requisito federal ABAWD. Si algún integrante de su grupo familiar beneficiario de SNAP es un ABAWD, él o ella debería informar si el grupo familiar de él o ella se ha mudado a una zona donde la exención federal ABAWD ha sido aprobada o si la persona ABAWD cree que él o ella debería ser exento(a) del requisito ABAWD.
- Todo cambio, en las circunstancias de su hogar, que pudiese resultar en una sanción, tal como se explica en la página 6.

**TBA - INFORME DE CAMBIOS - Hogares que reciben beneficios transitorios:**

- Puede continuar recibiendo los beneficios transitorios de SNAP por un período de hasta cinco meses después de que se cierra su caso de Asistencia Temporal.
- No se le requiere reportar cambios durante el período de transición. Si ciertos cambios tuviesen como resultado un aumento en sus beneficios; para recibir el aumento, comuníquese con la persona a cargo de su caso y solicite una solicitud temprana de revalidación; esto puede hacerlo en cualquier momento durante el período de transición. No se le puede aprobar el aumento hasta que no presente una solicitud firmada de revalidación y pase por todo el proceso de revalidación.
- Se le exige presentar una revalidación próximo a la fecha de vencimiento de su período de transición para determinar si puede continuar recibiendo el subsidio SNAP una vez finalizado el período de transición. Le enviaremos un aviso recordándole este requisito de revalidación. Si usted no presenta una revalidación, no le enviaremos ningún otro aviso y nos veremos obligados a cerrar su caso de SNAP.

**NYSNIP – INFORME DE CAMBIOS - Participantes del Proyecto de Mejora Nutricional del Estado de Nueva York - NYSNIP:**

- 24 meses después de empezar a participar en el proyecto NYSNIP, recibirá una carta que debe rellenar y devolver.
- Aparte de la carta que usted recibe a los 24 meses, no se le requiere reportar ningún cambio durante el período de revalidación. Puede, voluntariamente, reportar aumentos en gastos médicos, alquiler, gastos de calefacción / aire acondicionado, servicios públicos o disminución de ingresos. Si usted reporta y comprueba esos cambios, es posible que reciba un aumento en la cantidad del subsidio SNAP que recibe. No es obligatorio, pero le sugerimos que si se muda nos informe de su nuevo domicilio, de manera que pueda seguir recibiendo los avisos que le enviamos.

**Asistencia Temporal (TA) - Reglas de informe de cambios:** Las reglas anteriores aplican solamente al Programa SNAP. Si usted también recibe Asistencia Temporal (TA), todavía se le exige informar cambios relacionados con el programa TA dentro de los 10 días de haberse producido el cambio, en las comunicaciones de habilitación pertinentes al programa TA y en la revalidación.

**Cuando usar este formulario:**

Puede usar este formulario para informar todo cambio obligatorio o voluntario. También, puede utilizar este formulario para informar cambios en el costo de cuidado de niños o adultos discapacitados o cambios en los costos de vivienda, aun si no se ha mudado. Si estos gastos suben usted podrá habilitar para recibir un aumento en el subsidio SNAP.

Si algún integrante de su grupo familiar beneficiario del subsidio SNAP es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes ("ABAWD"), él o ella **DEBE** informar al distrito si las horas de trabajo se reducen a menos de 80 horas cada mes, debe informarlo dentro de los diez días de finalizado dicho mes. La persona bajo la categoría de ABAWD puede solicitar del distrito de servicios sociales una actividad que cumpla con el requisito laboral que le pueda ayudar a él o a ella a cumplir con el requisito federal ABAWD. Si algún integrante de su grupo familiar beneficiario de SNAP es un ABAWD, él o ella debería informar si el grupo familiar de él o ella se ha mudado a una zona donde la exención federal ABAWD ha sido aprobada o si la persona ABAWD cree que él o ella debería ser exento(a) del requisito ABAWD.

Este formulario debe enviarlo por correo, fax o traerlo a la agencia mencionada arriba. Si por algún motivo usted no puede enviar por correo, por fax o entregar en persona este formulario, puede reportar los cambios en línea o por medio de myBenefits.ny.gov o llamándonos al número que aparecen en la página 1 de este formulario.

**RETIRO DEL PROGRAMA SNAP** - Si usted ya no desea recibir los subsidios SNAP, firme aquí para retirar su participación del programa SNAP. Sus subsidios SNAP cesarán. Usted tiene derecho a oponerse a este retiro del programa si considera que se le ha proporcionado información incorrecta o incompleta sobre sus requisitos para recibir los subsidios SNAP. Puede hacerlo solicitando una audiencia imparcial dentro de 90 días. Puede volver a solicitar el subsidio SNAP en cualquier momento después de haberse retirado del programa.

X \_\_\_\_\_

**SI USTED RETIENE INFORMACIÓN PERTINENTE A CAMBIOS EN SU GRUPO FAMILIAR Y LOS CUALES USTED ESTÁ OBLIGADO(A) A INFORMAR, NOS ADEUDARÁ EL VALOR DE TODO SUBSIDIO ADICIONAL QUE RECIBA A CONSECUENCIA DE NO INFORMAR LOS CAMBIOS. SI USTED INTENCIONALMENTE RETIENE INFORMACIÓN LA CUAL ESTÁ OBLIGADO(A) A INFORMAR, SE LE PODRÁ TAMBIÉN ELIMINAR DEL PROGRAMA SNAP Y ESTARÁ SUJETO A PROCESAMIENTOS PENALES (CONSULTE EL TEMA ADJUNTO TITULADO «ADVERTENCIA SOBRE LAS SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA SNAP» EN LA PÁGINA 6).**

Use el formulario a continuación para informar cambios

**CAMBIO EN INGRESOS O FUENTE DE INGRESOS** – Si usted presenta el Informe Simplificado, las reglas pertinentes a dichos cambios las encuentra en la página 2. Si usted presenta el Informe de Cambios, las reglas las encuentra también en la página 2.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	NOMBRE DEL EMPLEADOR O DE FUENTE DE INGRESOS	NUEVA CANTIDAD	SI TRABAJA, NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA	¿CON QUÉ FRECUENCIA LO RECIBE?
1.		\$		
2.		\$		
3.		\$		

**CAMBIOS EN EL HOGAR:** liste todos los nuevos miembros del hogar, incluyendo recién nacidos como también miembros que se han incorporado o retirado del hogar o fallecido.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	CAMBIO (MARQUE UNO)	FECHA	¿CON QUÉ FRECUENCIA LO RECIBE? (semanal, bisemanal, cada mes)	SI TRABAJA, NÚMERO TOTAL DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	FUENTE DE INGRESOS
1.			<input type="checkbox"/> LLEGÓ AL HOGAR <input type="checkbox"/> SE FUE DEL HOGAR		\$		
2.			<input type="checkbox"/> LLEGÓ AL HOGAR <input type="checkbox"/> SE FUE DEL HOGAR		\$		
3.			<input type="checkbox"/> LLEGÓ AL HOGAR <input type="checkbox"/> SE FUE DEL HOGAR		\$		
4.			<input type="checkbox"/> LLEGÓ AL HOGAR <input type="checkbox"/> SE FUE DEL HOGAR		\$		

**CAMBIO DE DOMICILIO**

NUEVA DIRECCIÓN DE CORREO CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

SI SU DOMICILIO NO INCLUYE EL NOMBRE DE LA CALLE, PROPORCIONE INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU CASA (si está desamparado[a], deje este espacio en blanco)

Nº DE TELÉFONO DONDE SE LE PUEDE LLAMAR Código de área ( )

**CAMBIOS EN LOS COSTOS DE VIVIENDA:** si se ha mudado, se le exige indicar abajo sus nuevos gastos. Aunque no se haya mudado, puede usar esta sección para indicar cambios en su alquiler, pagos de hipoteca u otros gastos.

¿Es usted pensionista o renta una habitación?  SÍ  NO Si contesta «Sí», las comidas  ESTÁN INCLUIDAS  NO ESTÁN INCLUIDAS

ALQUILER	SÍ	NO	¿SÍ? CANTIDAD MENSUAL	CAMBIO (MARQUE UNO)
¿Paga usted por el alquiler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> Menos
¿Paga los siguientes gastos <b>por separado</b> del alquiler?	SÍ	NO		
• Calefacción y/o aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
• Servicios públicos (electricidad, gas para cocinar, basura etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
PAGO DE HIPOTECA	SÍ	NO	¿SÍ? ¿CANTIDAD MENSUAL?	CAMBIO (MARQUE UNO)
¿Paga usted una cuota de hipoteca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> Menos
¿Paga los siguientes gastos <b>por separado</b> de la hipoteca?	SÍ	NO	¿SÍ? ¿CANTIDAD MENSUAL?	CAMBIO (MARQUE UNO)
• Impuesto sobre la propiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> Menos
• Seguro de vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> Menos
• Calefacción y/o aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Servicios públicos (electricidad, gas para cocinar, basura, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Vive usted en una vivienda de la «Sección 8» <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Vive usted en una vivienda pública? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

**CAMBIOS EN LA CANTIDAD DE AUTOMÓVILES O VEHÍCULOS** - ¿Algún miembro de su grupo familiar compró, vendió o intercambió un automóvil, camión, barco, casa rodante, motocicleta u otro vehículo desde la última vez que nos informó acerca de sus vehículos?

MARCA	MODELO	AÑO	SI LO VENDIÓ, MONTO RECIBIDO
1.			\$
2.			\$
3.			\$

**CAMBIOS EN LOS AHORROS:** incluya el **total** de dinero que los miembros de su hogar tienen actualmente. Incluya dinero en efectivo, cuentas de ahorro, cuentas corrientes, acciones, bonos u otras inversiones. Se le exige informarnos si los ahorros de su hogar han **incrementado** a más de \$2,250 (o más de \$3,500 si un miembro del hogar tiene 60 años de edad o más, o es una persona incapacitada).

\$

**CAMBIOS EN EL CUIDADO DE NIÑOS, GASTOS POR EL CUIDADO DE DEPENDIENTES O EN LA CANTIDAD PAGADA DE SUSTENTO DE MENORES:**  
¿Han habido cambios en los gastos de cuidado de niños o el cuidado de dependientes? De ser así, podría recibir un aumento en el subsidio SNAP.

CAMBIO (MARQUE UNO)	¿PARA QUIÉN?	¿A QUIÉN LE PAGA USTED?	NUEVA CANTIDAD	FRECUENCIA DEL PAGO
1. <input type="checkbox"/> YA NO TIENE EL GASTO <input type="checkbox"/> TIENE EL GASTO			\$	
2. <input type="checkbox"/> YA NO TIENE EL GASTO <input type="checkbox"/> TIENE EL GASTO			\$	
3. <input type="checkbox"/> YA NO TIENE EL GASTO <input type="checkbox"/> TIENE EL GASTO			\$	

**CAMBIOS EN GASTOS MÉDICOS (médicos, dentistas, hospitales, recetas médicas, etc.)** – Sólo se le requiere informar los cambios en gastos médicos al momento de la revalidación. Sin embargo, cuando lo desee, puede voluntariamente reportar los gastos médicos de miembros del hogar que:

- tengan 60 años de edad o más
- sean cónyuges incapacitados(as) o hijos/hijas de un veterano fallecido
- reciban Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- reciban beneficios del Seguro Social por Incapacidad
- reciban beneficios por incapacidad para veteranos
- reciban beneficios gubernamentales de jubilación por incapacidad
- reciban beneficios ferroviarios de jubilación por incapacidad
- reciban asistencia médica por incapacidad

Si usted reporta y demuestra el aumento en gastos médicos, podría recibir un aumento en el subsidio SNAP.

NOMBRE	TIPO DE GASTO	CANTIDAD	¿CON QUÉ FRECUENCIA HACE ESTE PAGO?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

¿CREE QUE LOS CAMBIOS QUE HA REPORTADO SE REPETIRÁN EL PRÓXIMO MES?

Sí  NO

Si contesta «NO», explique la razón:

MARQUE ESTA CASILLA SI **NO TIENE CAMBIOS QUE REPORTAR** SOBRE EL HOGAR QUE RECIBE SNAP

NO HAY CAMBIOS

### MODIFICACIÓN EN LOS SUBSIDIOS

Usaremos las respuestas que usted nos da en este formulario para saber si habrá una modificación en los subsidios del grupo familiar. Antes de efectuar cambios en sus subsidios, le enviaremos un aviso explicándole lo que sucederá. Si no está de acuerdo con nuestra determinación, tiene el derecho a una audiencia imparcial con motivo de oponerse a nuestra decisión.

ASEGÚRESE DE LEER Y FIRMAR LA PÁGINA 6 →

**ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)**

**ADVERTENCIA DEL PROGRAMA SNAP** - La información que usted brinde en relación con su solicitud para recibir el subsidio SNAP estará sujeta a la verificación por autoridades federales, estatales y locales. De encontrarse información inexacta, se le podrá negar el subsidio SNAP. Se le someterá a enjuiciamientos penales si usted, a sabiendas, proporciona información incorrecta que afecte su habilitación para el monto de subsidios. La persona que esté huyendo para evitar un juicio, custodia o prisión por un delito grave, o que esté en violación de una de las reglas de libertad condicional («probation») o libertad bajo palabra («parole») no reúne los requisitos para recibir el subsidio SNAP.

Si un integrante del grupo familiar beneficiario de SNAP es declarado culpable de Violación Intencional del Programa (IPV), esa persona no podrá recibir el subsidio SNAP por un período de:

- 12 meses por la primera Violación Intencional del Programa SNAP (SNAP-IPV);
- 24 meses por la segunda Violación Intencional del Programa SNAP;
- 24 meses por la primera SNAP-IPV, si un tribunal de justicia lo declara culpable de haber utilizado o recibido el subsidio SNAP en una transacción para comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere una receta médica);
- Por 120 meses, si se le declara culpable de haber hecho una declaración fraudulenta sobre su identidad o su domicilio, con el fin de obtener múltiples subsidios SNAP simultáneamente, a menos que se le inhabilite permanentemente por una tercera IPV;

Además, un tribunal podrá impedir que una persona reciba el subsidio SNAP por un período adicional de 18 meses.

La inhabilitación permanente de un individuo por:

- La primera SNAP-IPV, si un tribunal de justicia determina que utilizó o recibió subsidios SNAP en una transacción para vender u obtener armas de fuego, municiones o explosivos;
- La primera SNAP-IPV, si un tribunal de justicia lo declara culpable de traficar el subsidio SNAP por un valor de \$500 o más. (El tráfico incluye uso, transferencia, obtención, alteración o posesión ilegal de fondos de SNAP, tarjetas de autorización o dispositivos de acceso);
- Por la segunda SNAP-IPV, si un tribunal de justicia determina que utilizó o recibió el subsidio SNAP en una transacción para comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere una receta médica);
- Todas las terceras Violaciones Intencionales del Programa SNAP.

Toda persona culpable de un delito grave por a sabiendas usar, transferir, adquirir, alterar o poseer fondos de SNAP, tarjetas de autorización o dispositivos de acceso, se le podrá imponer una multa de hasta \$250,000; una pena de prisión de hasta 20 años, o ambas sanciones. La persona también estará sujeta a procedimientos judiciales bajo las leyes federales y estatales aplicables.

Se le podría declarar inhabilitado para recibir el subsidio SNAP o declarado culpable de una Violación Intencional del Programa (IPV) si usted:

- Hace una declaración falsa o engañosa o hace una representación falsa, oculta o retiene hechos con el fin de habilitar para recibir beneficios o recibir más beneficios; o
- Con el fin de obtener dinero en efectivo, y de manera intencional, adquiere un producto utilizando el subsidio SNAP, desecha el producto y devuelve el recipiente para recibir el monto del depósito; o
- Comete o intenta cometer un acto que constituya una violación de una ley federal o estatal con el objeto de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar subsidios de SNAP, tarjetas de autorización o documentos reusables utilizados como parte del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Además, no está permitido lo siguiente y se le puede inhabilitar para recibir el subsidio SNAP o estar sujeto a otras sanciones:

- Usar o tener tarjetas EBT que no le pertenecen sin el consentimiento del propietario de la tarjeta; o
- Usar el subsidio SNAP para comprar artículos que no sean alimentos, tales como alcohol y cigarrillos, o para pagar por comida adquirida a crédito; o
- Permitirle a otra persona usar su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), a cambio de dinero en efectivo, armas de fuego, drogas, o para comprar alimentos para otras personas que no son integrantes del hogar beneficiario de SNAP.

Si usted recibe un monto mayor de subsidios SNAP del que debería recibir (pago en exceso), debe reembolsarlo. Si su caso está activo, deduciremos el monto del pago en exceso de pagos futuros de subsidios SNAP que usted reciba. Si su caso está cerrado, usted puede devolver el monto en exceso regresando cualquier monto no utilizado de subsidios SNAP que reste en su cuenta, o puede pagar con dinero en efectivo.

Si tiene vigente un pago en exceso no reintegrado, el monto de dicho pago estará sujeto a acciones de cobro, inclusive el cobro automático por parte del gobierno federal. Las prestaciones federales (tales como el Seguro Social) y los reembolsos de impuestos a los que usted tenga derecho, se le podrán retener como pago del monto en exceso adeudado. A la deuda también se le sumarán los costos pertinentes de procesamiento.

Todo subsidio SNAP extraído de su cuenta EBT se usará para reducir los pagos en exceso pendientes. Si usted solicita nuevamente SNAP, y no ha reintegrado el monto adeudado, sus subsidios SNAP se reducirán si usted comienza a recibirlos nuevamente. Se le notificará en ese entonces del monto reducido de subsidios que usted recibirá.

**CERTIFICACIÓN**

Comprendo la naturaleza del castigo que se impone por ocultar o proveer información falsa. También, comprendo que adeudaré el valor de todo monto adicional que reciba de beneficios SNAP, como resultado de no informar todos los cambios que ocurran en mi hogar. Acepto comprobar los cambios, si fuese necesario. Las respuestas en este formulario son exactas y completas según mi leal saber y entender. Entiendo que mi firma autoriza a las autoridades federales, estatales y locales a comunicarse con personas u organizaciones con el fin de verificar la información que he proporcionado.

FIRMA

FECHA

X