

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 REPORTE «CADA SEIS MESES» O SÓLO CADA VEZ QUE HAY CAMBIOS A REPORTAR «REPORTE DE CAMBIOS»? CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA DETERMINAR SI DEBE INFORMAR CADA SEIS MESES O A MEDIDA QUE SE DAN LOS CAMBIOS.**

1. ¿Recibe usted beneficios Transitorios de SNAP (TBA)?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a la sección de beneficios transitorios «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 (New York State Nutritional Improvement Project -NYSNIP-)?	<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 «Reporte 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 «Reporte de seis meses» 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 «Reporte 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 «Reporte 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 «Reporte de cambios» en la página 2</b> (Salte la pregunta 8)	<input type="checkbox"/> <b>NO – Vaya a pregunta #8, a continuación</b>
8. ¿Contestó «No» a las 7 preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/> <b>Vaya a «Reporte de seis meses» al principio de la página 2</b>	

**REGLAS DEL REPORTE DE LOS SEIS MESES**

Como hogar beneficiario de SNAP, según las reglas de «Informe de Cambios de Seis Meses», usted solamente tiene que informar cambios en la próxima revalidación, excepto en las tres situaciones siguientes:

- 1. 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.

- 2. Cuando el periodo de certificación de su hogar dura más de 6 meses:** en la fecha de la revisión de los seis meses de su periodo de certificación, recibirá un formulario de informe que **DEBE** devolver dentro de los diez días de recibirlo. Si en su hogar se han producido 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 **fuentes 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 \$50 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 en los **pagos por orden judicial de Sustento para Menores** para un(a) niño(a) que no sea miembro del hogar beneficiario de SNAP.
  - Cambio en a **quiénes viven con usted**
  - **Si se muda**, su nueva domicilio, o los nuevos montos de alquiler o hipoteca, gastos de calefacción 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 \$2000 (o más de \$3250 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.
- 3. Si un integrante del grupo familiar que recibe SNAP es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes** (*Able-Bodied Adult Without Dependents - ABAWD*), usted **DEBE** informarnos si esa persona trabajó menos de 80 horas al mes. Debe reportarlo dentro de los diez días de finalizado el mes en que se dio ese cambio.

**REGLAS SOBRE INFORME DE CAMBIOS**

Según las reglas de «Informe de Cambios», un hogar que reciba SNAP **DEBE** reportar los siguientes cambios dentro de los 10 días de ocurrido:

- Cambios en la **fuentes 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 \$50 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 por orden judicial de Sustento de 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 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 \$2000, si en el hogar **no hay** miembros de edad avanzada, o con una incapacidad permanente; o más de \$3250 si en el hogar **hay** miembros de edad avanzada o con una incapacidad permanente.
- Si un integrante del hogar beneficiario de SNAP es un **Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes** (*Able Bodied Adults Without Dependents- ABAWD*), usted **DEBE** informarnos si esa persona trabajó menos de 80 horas al mes; debe informar este cambio dentro de los diez días de finalizado el mes en el que se dio el cambio.
- Todo cambio, en las circunstancias de su hogar, que pudiese resultar en una sanción, tal como se explica en la página 6.

**INFORME DE CAMBIOS – Hogares que reciben beneficios transitorios (TBA):**

- 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.

**REPORTE 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 o 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.

**Gastos médicos:** no tiene que reportar cambios en sus gastos médicos durante el período de certificación. Sin embargo, puede, voluntariamente, informar cambios en los gastos médicos que incurran los miembros del hogar que:

- |  |   |
|--|---|
| - tengan 60 años de edad o más   | - reciban subvención por incapacidad para veteranos   |
| - sean cónyuges incapacitados o hijos incapacitados de un veterano fallecido | - pensión gubernamental de jubilación por incapacidad |
| - reciban Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)                           | - pensión de jubilación ferroviaria por incapacidad   |
| - reciban pagos del Seguro Social por Incapacidad                            | - asistencia médica por incapacidad                   |

Si usted reporta y demuestra el aumento en sus gastos médicos, es posible que reciba un aumento en el subsidio SNAP. Los cambios en los gastos médicos deben reportarse en su próxima cita de revalidación.

**Asistencia Temporal (TA) - Reglas sobre informe de cambios:** las reglas anteriores aplican sólo al programa de SNAP. Si usted también recibe Asistencia Temporal (TA), igualmente se le requiere reportar cambios relacionados al programa de TA dentro de los 10 días de haberse producido el cambio, en las comunicaciones periódicas de reporte, en los cuestionarios para determinar si satisface los requisitos para recibir TA y durante la revalidación.

**¿Cuándo debe usar este formulario?**

Puede usar este formulario para informar cambios obligatorios o voluntarios. También, puede utilizar este formulario para informar cambios en el costo de cuidado de niños o adultos incapacitados, o cambios en los costos de vivienda, aunque no se haya mudado. De haber un aumento en estos gastos, usted podría recibir un aumento en el subsidio SNAP.

Si tiene comprobantes de los cambios que está reportando, favor de adjuntarlos a este formulario para asegurarnos que recibe la cantidad correcta de SNAP. **Debemos verificar los cambios que reporta antes de aumentarle el monto del subsidio SNAP.**

Este formulario debe enviarlo por correo o traerlo a la agencia mencionada arriba. Si por algún motivo no puede enviarlo por correo o entregarlo en persona, reporte los cambios por teléfono al número que aparece en la página 1.

Si ya no desea recibir el subsidio SNAP, firme aquí y le retiraremos del programa. De esta manera dichos beneficios cesarán. Ya no recibirá el subsidio SNAP. Tiene derecho a oponerse a este retiro y solicitar una audiencia imparcial dentro de los próximos 90 días si considera que se le proporcionó información incorrecta o incompleta sobre los requisitos del programa de SNAP. Puede volver a solicitar el subsidio SNAP cuando usted lo desee aunque se haya retirado antes.

X \_\_\_\_\_

**SI USTED NO REPORTA LOS CAMBIOS QUE ESTÁ OBLIGADO A REPORTAR, NOS ADEUDARÁ EL VALOR DEL SUBSIDIO ADICIONAL DE SNAP QUE RECIBIÓ COMO RESULTADO DE NO REPORTAR DICHOS CAMBIOS. SI USTED, A SABIENDAS, RETIENE INFORMACIÓN QUE ESTÁ OBLIGADO A REPORTAR, SE LE PUEDE ELIMINAR DEL PROGRAMA SNAP Y SOMETER A UN JUICIO EN LO PENAL (CONSULTE EL TEMA ADJUNTO TITULADO «ADVERTENCIA SOBRE LAS SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA - SNAP» EN LA PÁGINA 6).**

Use el formulario a continuación para informar cambios

**CAMBIO EN INGRESOS O FUENTE DE INGRESOS** – Si se reporte cada seis meses, las reglas pertinentes a dichos cambios las encuentra en la página 2. Y si reporta cambios según se dan, o reporte por cambios, las reglas las encuentra también en la página 2.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	FUENTE DE INGRESO	NUEVA CANTIDAD	¿CON QUÉ FRECUENCIA LO RECIBE?
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

**CAMBIOS EN EL HOGAR:** Incluya todos los nuevos miembros del hogar, incluyendo recién nacidos. También incluya a miembros que se hayan incorporado o retirado del hogar o que hayan fallecido.

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	CAMBIO (MARQUE UNO)	FECH A	CANTIDAD DEL INGRESO	FUE NTE
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 CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO
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 TELEFONO 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/RENTA	SÍ	NO	¿SÍ? INDIQUE CANTIDAD MENSUAL	CAMBIO (MARQUE UNO)
¿Paga usted por el alquiler/renta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/>
¿Paga los siguientes gastos <b>por separado</b> del alquiler/renta?	SÍ	NO		
• Calefacción y/o aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
• Servicios públicos (electricidad, gas para cocinar, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
• Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
PAGO DE HIPOTECA	SÍ	NO	¿SÍ? INDIQUE 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
¿Paga los siguientes gastos <b>por separado</b> de la hipoteca?	SÍ	NO	¿SÍ? INDIQUE 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, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Vive usted en una vivienda de la «Sección 8» u otra vivienda subsidiada?	<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 hogar 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, CANTIDAD RECIBIDA
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 \$2,000 (o más de \$3250 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 UD.?	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

**CAMBIO DE BENEFICIOS**

La información que usted proporcione en este formulario se usará para determinar si se modificarán sus beneficios. Si se modifican, se le enviará un aviso explicándole lo que sucederá antes de realizar el cambio. Si no está de acuerdo con nuestra determinación, tiene el derecho a solicitar una audiencia imparcial para interponerse a nuestra decisión.

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

La información que usted brinde en relación con su solicitud de SNAP estará sujeta a verificación por autoridades federales, estatales y locales. Se le podrá negar el subsidio SNAP si nos percatamos que proporcionó información inexacta. Se le podrá someter a un proceso en lo penal por suministrar, a sabiendas, información inexacta.

Usted **nunca** más podrá volver a recibir el subsidio SNAP si:

- Un tribunal de justicia lo/la declara culpable por segunda vez de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere una receta médica) a cambio de SNAP;
- Un tribunal de justicia lo/la declara culpable de vender u obtener armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de SNAP;
- Un tribunal de justicia lo/la declara culpable de traficar cupones por un valor de \$500 ó más. El tráfico incluye el uso, la transferencia, la adquisición, alteración o la posesión ilegal de fondos SNAP, tarjetas de autorización o elementos de acceso;
- Un tribunal de justicia lo/la declara culpable de cometer una tercera Violación Intencional del Programa

Usted no podrá recibir SNAP durante dos años si un tribunal de justicia lo/la declara culpable por primera vez de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere una receta médica) a cambio de SNAP. Por la:

- Primera Violación Intencional del Programa (IPV), usted no podrá recibir SNAP por un año.
- Segunda Violación Intencional del Programa (IPV), usted no podrá recibir SNAP por dos años.

Además, una orden judicial podrá prohibirle recibir SNAP por un período adicional de 18 meses.

Si hace una declaración falsa sobre su identidad o sobre su domicilio con el propósito de recibir múltiples subsidios de SNAP, se le prohibirá recibir SNAP por diez años (o **de forma permanente** si ésta fuese la tercera violación que usted comete).

Se le puede declarar culpable de una violación intencional del programa (IPV) si usted:

- Hace una declaración falsa, engañosa o una representación falsa, oculta o retiene hechos;
- Comete un acto que constituya violación de una ley federal o estatal con el objeto de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar fondos de SNAP, tarjetas de autorización o documentos reutilizables del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Además, se puede imponer una multa de hasta \$250,000 o pena de prisión de hasta 20 años, o ambas.

**CERTIFICACIÓN**

**Comprendo la naturaleza del castigo que se impone por ocultar o suministrar información falsa. También, comprendo que adeudaré el valor de todo monto adicional que reciba de SNAP como resultado de no informar todos los cambios que ocurran en mi grupo familiar. 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 en este documento 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

X

FECHA