

OFICINA DE ASISTENCIA TEMPORAL Y ASISTENCIA PARA INCAPACITADOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

## PROGRAMA CUPONES PARA ALIMENTOS FORMULARIO PARA INFORMAR CAMBIOS

(Favor de escribir en letra de molde legible)

CASO NÚMERO

SE LE EXIGE INFORMAR CUALQUIER CAMBIO EN LA SITUACIÓN DE SU HOGAR  
DE ACUERDO A LAS REGLAS A CONTINUACIÓN:

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

LLENE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO POR CORREO A:

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL DISTRITO LOCAL:

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

### SU RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

**Favor de leer las preguntas y reglas con atención. Si usted no informa alguno de los cambios que está obligado a informar de acuerdo a las reglas, es posible que tengamos que iniciar un reclamo por pago excesivo del beneficio de cupones para alimentos y cobrarle el monto de pago excesivo.**

Los cambios que ESTÁ OBLIGADO a informar se explican a continuación. Usted puede informar en forma voluntaria cualquier cambio en la composición de su grupo familiar que recibe cupones para alimentos y, si esta modificación aumenta el nivel de beneficios y usted demuestra este cambio, aumentaremos sus beneficios.

**¿USTED REPORTA CADA SEIS MESES O REPORTA CADA VEZ QUE TIENE UN CAMBIO? PUEDE RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA DETERMINAR SI DEBE INFORMAR CADA SEIS MESES O CUANDO TIENE UN CAMBIO.**

1. ¿Recibe beneficios Transitorios de Cupones para Alimentos (TBA)?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a “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 Program -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. ¿Ha sido certificado para recibir cupones para alimentos por cinco meses o períodos menores?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a “Reporte por 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 integrante de su hogar recibe ingresos que se contabilizan en el cálculo de sus cupones para alimentos?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a “Reporte de seis meses” al final de la página</b> (Salte las preguntas 5 a 8)	<input type="checkbox"/> <b>NO – Vaya a la pregunta #5, a continuación</b>
5. ¿ Son todos los adultos (de 18 años o más) de su hogar incapacitados o tienen 60 años o más?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a “Reporte por 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 por cambios” en la página 2</b> (Salte las preguntas 7 and 8)	<input type="checkbox"/> <b>NO – Vaya a la pregunta #7, a continuación</b>
7. ¿No tiene vivienda (domicilio fijo) o es trabajador agrícola migratorio o temporal?	<input type="checkbox"/> <b>SÍ – Vaya a “Reporte por cambios” en la página 2</b> (Salte la pregunta 8)	<input type="checkbox"/> <b>NO – Vaya a #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 PARA EL REPORTE DE LOS SEIS MESES**

Como hogar beneficiario de cupones para alimentos comprendido en las reglas de "Reporte de los seis meses", solamente se le requiere informar cambios en la siguiente recertificación, excepto en las tres situaciones siguientes:

1. **Si el ingreso bruto mensual de su hogar sobrepasa el 130% del nivel de pobreza, DEBERÁ reportar esta cantidad mensual al distrito de servicios sociales por teléfono, por escrito o en persona, dentro de los 10 días de finalizado el mes calendario en el que supera el 130%.** El ingreso bruto es la cantidad de sus ingresos antes de descontar impuestos y otras deducciones, y no la cantidad que usted recibe cuando cobra su cheque. Nosotros usamos el ingreso bruto para determinar si satisface los requisitos para recibir el beneficio de cupones para alimentos. Su trabajador(a) de casos le explicará qué significa el 130% del nivel 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 nivel 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 nivel de pobreza en un determinado mes calendario; todos los beneficios recibidos después de ese mes se podrían considerar como pagos excesivos. Esto aplica aún cuando su ingreso bruto sea menos del 130% del nivel de pobreza en un mes futuro.

2. **Cuando el período de certificación de su hogar dura más de 6 meses:** En la fecha de la revisión de los seis meses de su período 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 cupones para alimentos
- Cambio en **quiénes viven con usted**
- **Si se muda**, su nueva dirección, o los nuevos montos de alquiler o hipoteca, gastos de calefacción y servicios,
- **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 (ó más de \$3000 si algún miembro del hogar está incapacitado(a) o tiene 60 años de edad o más)
- Todo cambio en su hogar que resulte en una sanción, tal como se explica en la página 6.

3. **Si algún integrante de su hogar beneficiario de cupones para alimentos es un Adulto capaz de trabajar sin dependientes ("ABAWD"), usted DEBE informarnos si trabajó menos de 80 horas en el mes dentro de los diez días de finalizado dicho mes.**

### **REGLAS PARA EL REPORTE POR CAMBIOS**

Como hogar beneficiario de cupones para alimentos comprendido en las reglas "Reporte por cambios", **DEBE** informar los siguientes cambios dentro de los 10 días de producidos:

- 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 que recibe cupones para alimentos
- Cambio en **quiénes viven con usted**
- **Si se muda**, su nueva dirección, o los nuevos montos de alquiler o hipoteca; gastos de calefacción y servicios
- **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 (ó más de \$3000 si algún miembro del hogar está incapacitado(a) o tiene 60 años de edad o más)
- Si algún integrante de su hogar beneficiario de cupones para alimentos es un **Adulto capaz de trabajar sin dependientes ("ABAWD")**, usted **DEBE** informarnos si usted trabajó menos de 80 horas en el mes dentro de los diez días de finalizado dicho mes
- Todo cambio en su hogar que resulte en una sanción, tal como se explica en la página 6.

**REPORTE POR CAMBIOS – Hogares que reciben beneficios transitorios (TBA):**

- Los beneficios transitorios de cupones para alimentos son beneficios que usted puede continuar recibiendo por un período de hasta cinco meses después de cerrarse su caso con el programa 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 su trabajador(a) de casos para presentar una solicitud temprana de recertificación en cualquier instante durante el período de transición. No se le puede aprobar el aumento hasta que no presente una solicitud firmada de recertificación y se haya completado todo el proceso de recertificación.
- Se le exige presentar una recertificación próximo a la fecha de vencimiento de su período de transición para determinar si puede continuar recibiendo los beneficios de cupones una vez finalizado el período de transición. Le enviaremos un aviso recordándole este requisito de recertificación. Si usted no presenta una recertificación no le enviaremos ningún otro aviso y nos veremos obligados a cerrar su caso de cupones.

**REPORTE POR CAMBIOS - Para participantes de NYSNIP:**

- 24 meses después de empezar a participar en el NYSNIP, usted recibirá una carta que deberá completar y devolver.
- Fuera de la carta que recibe a los 24 meses, no se le requiere reportar ningún cambio durante el período de recertificación. Puede informar en forma voluntaria los aumentos de sus gastos médicos, costos de alquiler o servicios o disminución de sus ingresos. Si usted los informa y se verifican es posible que reúna los requisitos para aumentar sus beneficios de cupones para alimentos. Puede además informar su nueva dirección, si se muda, para que pueda seguir recibiendo los avisos que le enviamos.

**GASTOS MÉDICOS**

No se le requiere reportar cambios en sus gastos médicos durante el período de certificación. Sin embargo, puede informar cambios, voluntariamente, en los gastos médicos contraídos por miembros del hogar que:

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

Si usted reporta y demuestra el aumento en sus gastos médicos, podría reunir los requisitos para recibir un aumento en el beneficio de cupones. Los cambios en los gastos médicos deben reportarse en su próxima cita de recertificación.

**ASISTENCIA TEMPORAL - Reglas para informar cambios:** Las reglas anteriores aplican sólo al programa de cupones. Si usted también recibe 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 recertificación.

**USO DE 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. Si hay un aumento en estos gastos, usted podría satisfacer los requisitos para recibir un aumento en el beneficio de cupones.

Si cuenta con comprobantes de los cambios que está reportando, favor de adjuntarlos a este formulario. De esta manera usted se asegura que recibe la cantidad correcta de cupones. **Debemos comprobar el cambio reportado antes de aumentarle sus beneficios.**

Debe enviar por correo o entregar este formulario a la agencia mencionada arriba. Si por algún motivo no puede enviar por correo o entregar en persona este formulario, puede reportar los cambios por teléfono llamándonos a los números que aparecen en la página 1.

Si ya no desea recibir el beneficio de Cupones para Alimentos, firme aquí para retirar su participación de dicho programa. De esta manera dichos beneficios cesarán. Usted tiene derecho a oponerse a este retiro si considera que se le ha proporcionado información incorrecta o incompleta sobre sus requisitos para recibir beneficios de cupones. Puede hacerlo solicitando una audiencia imparcial dentro de 90 días. Puede volver a solicitar el beneficio en cualquier momento después de haberse retirado.

X \_\_\_\_\_

**SI USTED RETIENE INFORMACIÓN PERTINENTE A CAMBIOS OCURRIDOS EN SU HOGAR DE LOS CUALES TENÍA LA OBLIGACIÓN DE REPORTAR; NOS ADEUDARÁ EL VALOR DE LOS BENEFICIOS ADICIONALES DE CUPONES QUE RECIBIÓ COMO RESULTADO DE NO REPORTAR DICHO CAMBIOS. SI USTED INTENCIONALMENTE RETIENE INFORMACIÓN, SE LE PODRÁ ELIMINAR DEL PROGRAMA CUPONES PARA ALIMENTOS Y SOMETER A UN JUICIO EN LO PENAL (CONSULTE EL TEMA ADJUNTO TITULADO "ADVERTENCIA SOBRE LAS SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA CUPONES PARA ALIMENTOS" EN LA PÁGINA 6).**

**CAMBIO EN LOS INGRESOS O FUENTE DE INGRESOS** – Si se le requiere cumplir con el requisito del reporte de los seis meses, las reglas que debe observar se explican a partir de la página 2. Si se le requiere cumplir con el requisito de Reporte por cambios, las reglas que debe observar también están explicadas 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 a todos los nuevos miembros de su 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)	FECHA	CANTIDAD DEL INGRESO	FUENTE
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 DIRECCIÓN**

NUEVA DIRECCIÓN DE CORREO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
SI SU DIRECCIÓN 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/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"/> Menos
¿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 <input type="checkbox"/> Menos
¿Paga usted por 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 **umentado** a más de \$2,000 (ó más de \$3,000 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** - ¿Hay cambios en los gastos por el cuidado de niños o el cuidado de dependientes? En caso afirmativo, podría recibir un aumento en los beneficios de cupones.

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 LOS GASTOS MÉDICOS (doctores, dentistas, hospitales, recetas médicas, etc.)** – Sólo se le requiere informar los cambios en los gastos médicos al momento de la recertificación. Sin embargo, cuando usted lo desee, puede voluntariamente reportar los gastos médicos contraídos por 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 del retiro por incapacidad
- reciban beneficios de incapacidad del retiro ferroviario
- reciban asistencia médica por incapacidad

Si usted reporta y demuestra el aumento en sus gastos médicos, podría satisfacer los requisitos para recibir un aumento en los beneficios de cupones.

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

¿CREE QUE LOS CAMBIOS QUE HA REPORTADO PERMANECERÁN IGUAL EL PRÓXIMO MES?

SÍ  NO

Si contesta "NO", explique:

MARQUE ESTA CASILLA SI **NO TIENE CAMBIOS QUE REPORTAR** SOBRE EL HOGAR QUE RECIBE CUPONES PARA ALIMENTOS

NO HAY CAMBIOS

**ASEGÚRESE DE LEER Y FIRMAR LA PÁGINA 6**



**CAMBIO DE BENEFICIOS**

La información que usted proporcione en este formulario se usará para determinar si habrá cambios en sus beneficios. Antes de efectuar cambios le enviaremos un aviso explicándole lo que sucederá. Si no está de acuerdo con nuestra determinación, tiene el derecho a una audiencia imparcial para objetar nuestra decisión.

**ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)**

La información que usted brinde en relación con su solicitud para recibir beneficios de cupones para alimentos estará sujeta a verificación por autoridades federales, estatales y locales. Se le podrían negar los FS de encontrarse información inexacta. Se le podría someter a un proceso en lo penal por suministrar, a sabiendas, información inexacta.

Usted **nunca** más podrá volver a obtener FS 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 FS:
- Un tribunal de justicia lo/la declara culpable de vender u obtener armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de FS;
- Un tribunal de justicia lo/la declara culpable de traficar FS por un valor de \$500 ó más. El tráfico incluye el uso, la transferencia, la adquisición, alteración o la posesión ilegal de FS, tarjetas de autorización o elementos de acceso;
- Un tribunal de justicia lo/la declara culpable de cometer una tercera Violación Intencional del Programa (IPV).

Usted no podrá recibir FS 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 FS.

Si usted ha cometido su:

- Primera IPV, no podrá recibir FS durante un año.
- Segunda IPV, no podrá recibir FS durante dos años.

Por orden judicial también se le podría prohibir recibir el beneficio de cupones por un período adicional de 18 meses.

Si usted hace una declaración falsa sobre su identidad o sobre el lugar donde vive a fin de recibir múltiples cupones (FS), se le prohibirá recibir FS durante diez años (o **de forma permanente** si ésta es su tercera IPV).

Se le podría declarar 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;
- Comete un acto que constituya violación de una ley federal o estatal con el objeto de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar beneficios de cupones, tarjetas de autorización o documentos reusables utilizados como parte del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Se le podría también imponer una multa de hasta \$250,000 ó pena de prisión de hasta 20 años o ambas sanciones.

**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 en cupones como resultado de no informar todos los cambios que ocurran en mi hogar. Acepto demostrar 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  <b>X</b>	FECHA
-----------------------	-------