



**Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)
FORMULARIO PARA REPORTAR CAMBIOS**

ESTO NO ES UNA SOLICITUD. Use Este Formulario Para Reportar CAMBIOS SOLAMENTE.

NOMBRE: _____ NÚMERO DEL CASO (Si lo sabe:) _____

DIRECCIÓN: _____

Si su hogar no es parte de la Unidad de Re-determinaciones Fácil (EZ Rede Unit), usted debe reportar los siguientes cambios dentro de los DIEZ (10) días desde el momento que usted se entera del cambio:

- * CAMBIOS EN EL ORIGEN O EN EL TOTAL DE LOS INGRESOS DE TRABAJO O INGRESOS GANADOS SI SON MÁS DE \$100 AL MES, O SI LOS INGRESOS QUE NO SON DE TRABAJO AUMENTAN O DISMINUYEN POR LO MENOS \$50 AL MES. (NO TIENE que reportar cambios en la cantidad de sus beneficios económicos del DHS.)
- * PERSONAS QUE SE HAN MUDADO AL HOGAR O FUERA DEL HOGAR, INCLUYENDO LOS RECIÉN NACIDOS. (Anote los nombres, fechas de nacimiento, números del seguro social y los ingresos);
- * SI SE HA MUDADO, REPORTE SU NUEVA DIRECCIÓN, NÚMERO DE TELÉFONO, CAMBIOS EN SU ALQUILER O RENTA O HIPOTECA Y SERVICIOS PÚBLICOS
- * SI USTED RECIBE DEDUCCIONES POR PAGOS DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS, REPORTE CUANDO LA ORDEN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS CAMBIA O TERMINA.

Para UNIDADES DE REDETERMINACIONES FACIL (EZ REDE UNITS)

Si usted elige reportar los cambios, puede usar este Formulario para Reportar el Cambio a la oficina local

ANOTE LOS CAMBIOS Y LA FECHA A CONTINUACIÓN: (Use una hoja adicional, si es necesario)

1. _____

2. _____

3. _____

¿Cree usted que el / los cambio(s) que está reportando continuará(n) el próximo mes? Sí NO Si es "NO", por favor explique

POR FAVOR, LEA LA SIGUIENTE DECLARACIÓN Y FIRME A CONTINUACIÓN:

Yo entiendo la penalidad por ocultar información o proveer información falsa. También entiendo que deberé el valor de los beneficios SNAP que recibí adicionales, si no reporto todos los cambios en mi hogar. Estoy de acuerdo en proveer pruebas o comprobantes de cualquier cambio que reporto, si los piden. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

_____ SU FIRMA _____ FECHA _____ TELÉFONO _____

POR FAVOR, VEA INFORMACIÓN IMPORTANTE AL REVERSO.



**Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)
FORMULARIO PARA REPORTAR CAMBIOS**

* Si le interesa inscribirse para votar, por favor vaya al sitio por Internet en www.elections.il.gov/ o llame a la Línea de Ayuda del IDHS al 1-800-843-6154, o al 1-866-324-5553 TTY/Nextalk, 711 TTY Relay. Si necesita asistencia o servicios de intérprete, por favor comuníquese con su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad del DHS.

AVISO SOBRE PENALIDADES

La información provista en este formulario estará sujeta a verificación por oficiales federales, estatales y municipales. Si se encuentra que alguna información es incorrecta, le pueden negar los beneficios SNAP y / o ser sujeto a un proceso judicial por proveer información falsa a sabiendas.

Cualquier miembro de su hogar que intencionalmente viola cualquiera de las siguientes reglas puede ser excluido del Programa SNAP:

- * DOCE (12) MESES después de la primera violación;
- * VEINTICUATRO (24) MESES después de la segunda violación; y
- * PERMANENTEMENTE por la tercera violación.

El individuo también puede:

- * SER MULTADO HASTA \$250,000,
- * ENCARCELADO HASTA POR VEINTE (20) AÑOS;
- * O RECIBIR AMBOS CASTIGOS.

El individuo también puede estar sujeto a un proceso judicial adicional bajo otras leyes federales que aplican.

Los individuos que el tribunal encuentra que son culpables de cambiar beneficios SNAP por sustancias controladas serán excluidos del Programa SNAP por:

- * VEINTICUATRO (24) MESES por la primera violación; y
- * PERMANENTEMENTE por la segunda violación

Los individuos que un tribunal encuentra son culpables de vender armas de fuego, municiones, o explosivos por beneficios SNAP serán excluidos PERMANENTEMENTE.

Un individuo que un tribunal encuentra culpable de traficar beneficios SNAP por el valor de \$500 o más, será excluido permanentemente del programa SNAP. Un individuo que se encuentre ha hecho declaraciones o representación fraudulenta referente a su identidad y residencia para obtener beneficios múltiples a la misma vez, será excluido por 10 años. Los individuos que son delincuentes fugitivos o que violan su libertad condicional o libertad bajo palabra no son elegibles para beneficios SNAP.

NO PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA NI OCULTE INFORMACIÓN PARA OBTENER O CONTINUAR RECIBIENDO BENEFICIOS SNAP. LOS BENEFICIOS SNAP NO PUEDEN SER NEGOCIADOS O VENDIDOS. LOS BENEFICIOS SNAP PUEDEN SER USADOS PARA COMESTIBLES SOLAMENTE Y NO PUEDEN SER USADOS PARA COMPRAR ARTÍCULOS INELEGIBLES, TAL COMO BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y TABACO. SU HOGAR NO PUEDE USAR LOS BENEFICIOS SNAP DE OTRA PERSONA.

Usaremos la información que usted nos proporcionó para calcular la cantidad de sus beneficios. Antes de que cambiemos sus beneficios, le enviaremos un aviso. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted puede tener una audiencia imparcial, si la pide. Un oficial de audiencias decidirá si usted tiene la razón.

Usted también puede reportar cambios personalmente al trabajador(a) de su caso, llame al: _____.



Estado de Illinois

Departamento de Servicios Humanos

Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)

FORMULARIO PARA REPORTAR CAMBIOS

USDA Aviso de No Discriminación

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (Estado de Illinois Departamento de Servicios Humanos) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete [el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Adicional Illinois Información de No Discriminación

También puede escribir al del Departamento de Servicios Humanos (DHS), a Departamento de Servicios Humanos, Oficina de Asuntos Civiles, 401 South Clinton St., 6th Floor, Chicago, Illinois, 60607 o llamar a la Línea de Ayuda de IDHS al 1-800-843-6154 o al (866)-324-5553 TTY/Nextalk, 711 TTY Relay

DHS, HHS y USDA son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

El Estado de Illinois provee acomodaciones razonables de acuerdo con la sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 y del Acta para Americanos con Discapacidades de 1990.