



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...
* PERSONAS QUE SE HAN MUDADO AL HOGAR O FUERA DEL HOGAR...
* SI SE HA MUDADO, REPORTE SU NUEVA DIRECCIÓN, NÚMERO DE TELÉFONO...
* SI USTED RECIBE DEDUCCIONES POR PAGOS DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS...

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.

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: _____.

De acuerdo con la ley federal y reglamentos del Departamento de Agricultura (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., se prohíbe que esta institución discrimine basado en raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad.

Para registrar una queja por discriminación, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos (DHS), USDA, o HHS. Escriba a DHS at the Department of Human Services, EEO office, 401 South Clinton St, 7th Floor, Chicago, IL 60607. Edcriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratis al 866-632-9992 (Voz). Los individuos con discapacidades de audición o del habla, pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión llamando sin cargos al (800) 877-8339; o al 800-845-6136 (español). Escriba a HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506 F, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (Voz) o (202) 619-3257 (TTY). DHS, HHS y USDA son empleadores y proveedores con igualdad de oportunidades.