



Nombre _____

Número del Caso: _____

Número del Trabajador(a): _____

Para la agencia que certifica: Para cumplir con el requisito de elegibilidad de los beneficios del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP), la persona nombrada arriba debe hacer trabajo comunitario en una organización local. El número de horas que la persona debe trabajar depende de la cantidad de beneficios SNAP que recibe. Vea la siguiente tabla. Le pedimos que complete y firme la declaración siguiente para verificar mensualmente el número de horas trabajadas. Muchas gracias por su asistencia. **La persona nombrada arriba es responsable de devolver este formulario a la oficina de DHS.**

Yo certifico que _____ hizo trabajo comunitario durante el mes de _____

por _____ hora(s).

Nombre de la Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma: _____ Título: _____

Fecha: _____

Si usted recibe beneficios SNAP en la cantidad de	Usted debe trabajar por lo menos:
\$160 - \$200	20 horas por mes
\$120 - \$159	15 horas por mes
\$80 - \$119	10 horas por mes
\$40 - \$79	5 horas por mes
\$8 - \$39	1 hora por mes

Si usted recibe más de \$200, divida la cantidad que recibe entre el número de personas que reciben beneficios SNAP para determinar el número de horas que usted debe trabajar.