



**SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental) REQUERIMIENTO DE TRABAJO  
- (SNAP E & T CONDADOS) VERIFICACIÓN DE TRABAJO DE LA COMUNIDAD**

Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre de Oficina: \_\_\_\_\_

Dirección de la Oficina: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Zonal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

TTY: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

A la agencia de certificación: Para cumplir con los requisitos de elegibilidad de SNAP, \_\_\_\_\_ debe llevar a cabo el trabajo comunitario para una organización local. El número de horas que la persona debe trabajar depende de la cantidad de beneficios de SNAP que reciben. Nosotros pedimos que complete y firme la declaración de abajo para verificar mensualmente el número de horas trabajadas. Gracias por su asistencia. **La persona mencionada anteriormente es responsable de devolver este formulario a la oficina correcta DHS.**

**Esta forma está autorizado en 89 Ill. Código Adm. 121.160 y es voluntaria. No hay sanciones a su agencia para la falta de respuesta.**

**Sin embargo, la elegibilidad continua para los beneficios de SNAP para \_\_\_\_\_ puede verse afectada si esta forma no se ha completado y devuelto a su debido tiempo.**

**Certifico que \_\_\_\_\_ realizado trabajo comunitario durante el mes de \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ hora(s).**

**Se espera que este individuo:**  **seguirá trabajando el número requerido de horas cada mes.**  
 **trabajar el número requerido de horas durante el mes de \_\_\_\_\_.**

Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre en letras de Imprenta: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental) REQUERIMIENTO DE TRABAJO  
- (SNAP E & T CONDADOS) VERIFICACIÓN DE TRABAJO DE LA COMUNIDAD**

**Para el hogar SNAP:**

El número de horas que deben trabajar se determina dividiendo la cantidad de beneficios SNAP totales de su hogar por el salario mínimo del estado por \$ 8.25 por hora. Por ejemplo, si usted es una persona con SNAP familiar y está recibiendo la cantidad máxima de SNAP \$ 192, tendrá que realizar trabajo comunitario por un promedio de 23 horas mensuales = (\$ 192 ÷ \$ 8.25).

La cantidad de horas trabajadas es una obligación del hogar. Para los hogares SNAP con más de una persona, puede elegir que solo un miembro cumpla con la obligación o que la obligación se divida entre los miembros no exentos.

**Su hogar SNAP requiere horas de trabajo mensuales se calcula a continuación.**

**Esta sección debe ser completada solo por el personal de FCRC.**

$$\frac{\text{SNAP Mensual Cantidad de beneficio}}{\div} \frac{\$8.25}{\text{(Salario mínimo estatal)}} = \text{Sus horas de trabajo requeridas}$$

**La (s) persona (s) nombradas a continuación realizarán las horas de trabajo. Marque la casilla apropiada.**

El total de horas de trabajo mensuales requeridas se cubrirá con: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona

Cada individuo enumerado a continuación ha aceptado realizar una parte de las horas de trabajo para cumplir con el total de horas de trabajo mensuales requeridas.

| Nombre de la persona | Número de horas acordadas |
|----------------------|---------------------------|
|                      |                           |
|                      |                           |
|                      |                           |

Entiendo que es mi responsabilidad informar cuando ya no cumplo con este requisito dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que me enteré del cambio

Nombre del Cliente en letras de Imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del personal de FCRC de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del personal de FCRC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_