



SOLICITUD PARA REDETERMINACION

2(Permanente)

Identificación del Caso: _____ Fecha del Aviso: _____

Núm. del Trabajador(a): _____ Teléfono: _____

Escriba su nombre y dirección en el siguiente espacio si no está escrito en el formulario.

Sus beneficios del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP) terminarán el _____.

Para continuar recibiendo sus beneficios en su fecha regular, complete, firme y:

devuelva este formulario en el sobre adjunto para el: _____ (Fecha de Vencimiento); o

traiga el formulario el día de su cita.

Para que la solicitud sea considerada válida, este formulario debe ser firmado.

Si usted recibe Dinero de TANF, este formulario debe ser completado para que continuen sus beneficios de dinero.

1. ANOTE EL NOMBRE DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, INCLUYÉNDOSE USTED

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO CON USTED	COME CON USTED	
			Sí	No
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para personas adicionales, por favor adjunte una hoja separada.

2. Si recibe la tarjeta médica de HFS, ¿ha cambiado su seguro de salud? Si No

3. ¿Recibe dinero alguien por trabajar? Si No

Si es Sí, escriba los nombres a continuación. Envíe copias de 4 talones si le pagan semanal, últimos two talones si le pagan cada dos semanas o dos veces al mes y el ultimo talon, si le pagan mensual.

Si tiene negocio propio o trabaja por su cuenta, envíe comprobante de sus ingresos y gastos del negocio. Si alguien recibe propinas que no se incluyen en los talones de pagos, díganos el nombre de la persona: _____

y el total de propinas que recibio el ultimo mes. Total de propinas \$ _____

Escriba el Nombre de Todos los que Trabajan	Empleador o Compañía Si la persona tiene más de un trabajo, escriba todos los trabajos.	Sueldo que gana por hora	Horas que trabaja por semana	Frecuencia que le pagan. semanal, cada 2 semanas, dos veces al mes, mensual, otro

4. ¿Empezó alguien a trabajar? Si No **Si es Sí, complete la información de arriba**

5. ¿Ha dejado de trabajar alguien o se terminó el trabajo? Si No

Si es Sí, escriba el nombre, motivo: _____

_____ Escriba fecha que recibió el pago final.



SOLICITUD PARA REDETERMINACION

2(Permanente)

6. Durante los últimos 30 días, ¿ha recibido alguien otros ingresos tales como manutención de niños, seguro social, SSI, desempleo, beneficios de veteranos, compensación por accidentes de trabajo, contribuciones, u otro dinero? Si No
Si contestó Sí, complete el siguiente cuadro.

Nombre	Tipo de Ingresos	Cantidad	Frecuencia de Pagos

7. ¿Espera usted algún cambio en los ingresos o empleo de alguien? Si No

Si contestó Sí, ¿cuál es el cambio?

¿Cuándo espera que este cambio ocurra?

8. ¿Se mudó o cambió su dirección? Si No

Si contestó Sí, escriba su nueva dirección.

9. ¿Cuánto es su alquiler o renta mensual? \$ _____ Renta de Lote \$ _____ Hipoteca \$ _____

Escriba la cantidad de impuestos y seguro de la propiedad que paga \$ _____

Algunos de estos gastos, ¿los paga otro? Si No

Si contestó Sí, díganos quién y cuánto paga:

10. ¿Recibió usted un pago para gastos de energía por \$21 o más este mes o en cualquiera de los últimos 12 meses del Programa Asistencia Para Gastos de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), (en Chicago pagado por medio de CEDA)? Si No
Contestar Sí, no reducirá sus beneficios. Si contestó no, ¿paga separado de su renta o hipoteca por calefacción, aire acondicionado, o exceso de costo por calefacción o aire acondicionado? Si No

Nota: Aire acondicionado puede ser central o en la ventana.

Si contestó no, ¿paga por otros servicios? Si No

Si contestó sí, ¿qué servicios paga?

¿Le ayuda alguien a pagar por servicios públicos? Si No

Si contestó Sí, ¿quién es y qué servicios paga

11. ¿Paga alguien por manutención de niños? Si No

Si es Sí, ¿quién lo paga, cuánto paga y con qué frecuencia?

12. ¿Paga a alguien para cuidar a un niño o adulto discapacitado para poder trabajar, buscar trabajo, o recibir entrenamiento? Si No

Si contestó Sí, ¿a quién cuidan, quién provee el cuidado, cuánto paga y con qué frecuencia?

13. ¿Va alguien de 18 años de edad o mayor a la escuela, que no sea la escuela secundaria, a tiempo completo o parcial? Si No

Si es Sí, ¿quién va a la escuela?

14. ¿Hay alguien en su unidad de 60 años o mayor o con discapacidades que tenga gastos médicos mensuales de \$36 o más? Si No

15. ¿Ha sido convicto de un delito relacionado a drogas alguna persona que recibe DineroTANF del DHS? Si No

Vea la página adjunta para más información importante sobre su solicitud.

FIRMA

Al firmar a continuación, yo juro o afirmo, bajo penalidad de perjurio, que las respuestas en este formulario son verdaderas y correctas de acuerdo con lo mejor de mi conocimiento.

Nombre: _____ Número de Teléfono por el día: _____

Firma: _____ Fecha: _____