



Estado de Illinois - Departamento de Servicios Humanos  
**Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria  
 (SNAP) FORMULARIO PARA REPORTAR CAMBIOS  
 (antes llamado Programa Estampillas de Comida)**

264bf4c5-0fc6-4039-b1f8-a71370cf2490

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

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ NÚMERO DEL CASO (Si lo sabe:) \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: Zona Postal: \_\_\_\_\_

Si su hogar no es parte de la Unidad de Informe Mitad de Periodo (Mid-Point Reporting Unit), usted debe informar 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 \$125 AL MES, O SI LOS INGRESOS QUE NO SON DE TRABAJO AUMENTAN O DISMINUYEN POR LO MENOS \$125 AL MES. (NO TIENE que informar los cambios en las cantidades de beneficios de dinero que recibe de 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, INFORME SU NUEVA DIRECCIÓN, NÚMERO DE TELÉFONO, CAMBIOS EN SU ALQUILER O RENTA O HIPOTECA Y SERVICIOS PÚBLICOS; y/o
- \* SI RECIBE DEDUCCIONES POR PAGOS DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS, INFORME SI LA ORDEN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS CAMBIA O TERMINA.
- \* SI USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR ESTÁN REQUERIDOS CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE TRABAJO, REPORTECUALQUIER CAMBIO EN EL HORARIO DE TRABAJO QUE CAE POR DEBAJO DE 20 HORAS POR SEMANA, PROMEDIO MENSUAL ".

Para Unidades de Informe de Mitad de Periodo (Mid-Point Reporting 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 los cambios que está reportando continuarán 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 proporcionar información falsa. También, entiendo que deberé el valor de los beneficios SNAP que reciba en exceso, si no reporto todos los cambios en mi hogar. Estoy de acuerdo en proporcionar pruebas o comprobantes de cualquier cambio que informe, 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.**



Estado de Illinois - Departamento de Servicios Humanos  
**Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP) FORMULARIO PARA REPORTAR CAMBIOS**  
**(antes llamado Programa Estampillas de Comida)**

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

NÚMERO DEL CASO (Si lo sabe:) \_\_\_\_\_

264bf4c5-0fc6-4039-b1f8-a71370cf2490

Si le interesa inscribirse para votar, por favor vaya al sitio por Internet en [www.elections.il.gov/](http://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 un intérprete, por favor comuníquese con su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad del DHS.

**ADVERTENCIA SOBRE PENALIDADES**

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

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

- \* 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:

- \* RECIBIR UNA MULTA DE HASTA \$250,000,
- \* SER 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 encuentre culpables de vender armas de fuego, municiones, o explosivos por beneficios SNAP serán excluidos PERMANENTEMENTE.

Un individuo que un tribunal encuentre 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.

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  
(antes llamado Programa Estampillas de Comida)**

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

NÚMERO DEL CASO (Si lo sabe:) \_\_\_\_\_

264bf4c5-0fc6-4039-b1f8-a71370cf2490

### ¿Qué hace IDHS con su número de seguro social (SSN)?

El SSN será utilizado en la administración del programa SNAP para comprobar la identidad de los miembros del hogar, prevenir la participación doble, y para facilitar la toma de los cambios de masa. Si usted o algún miembro de su hogar desea solicitar los beneficios de SNAP, pero no tiene un SSN, podemos ayudarlo a solicitar uno. El SSN (o cualquier otra información en esta solicitud) se pueden usar en la computadora coincidentes y exámenes de programas o auditorías y para asegurarse de que el hogar es elegible para los beneficios de SNAP, otros programas de asistencia federal y los programas estatales de asistencia federal, como el almuerzo escolar, TANF y Medicaid. Esto puede resultar en una acción criminal o civil o reclamos administrativos contra las personas de manera fraudulenta que participan en el programa SNAP. No requerimos un número de Seguridad Social para cualquier miembro de su hogar que no es elegible para el programa SNAP o que no desea aplicar.

### ¿Por qué IDHS recopila su número de seguro social?

IDHS asegura y utiliza información sobre todos los clientes a través del sistema de verificación de ingresos y elegibilidad. Esto incluye información tal como la recepción de prestaciones de seguridad social, seguro de desempleo, ingresos no devengados y los salarios de empleo. Cuando la información no coincide, es posible ponerse en contacto con un tercero, como empresarios, representantes de reclamos, o instituciones financieras para verificar la información. Esta información puede afectar su elegibilidad para asistencia y la cantidad de asistencia proporcionada.

### 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](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](mailto:program.intake@usda.gov)..



Estado de Illinois - Departamento de Servicios Humanos  
**Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria  
(SNAP) FORMULARIO PARA REPORTAR CAMBIOS  
(antes llamado Programa Estampillas de Comida)**

---

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DEL CASO (Si lo sabe:) \_\_\_\_\_

264bf4c5-0fc6-4039-b1f8-a71370cf2490

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.