



**SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental) REQUERIMIENTO DE TRABAJO -
(NO SNAP E & T CONDADOS) VERIFICACIÓN DE TRABAJO DE LA COMUNIDAD**

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre de Oficina: _____

Dirección de la Oficina: _____

Nombre del caso: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad, Zonal: _____

Teléfono: _____

TTY: _____

Fax: _____

Para la agencia que certifica: Para cumplir con el requisito de elegibilidad de los beneficios del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP), _____ debe hacer trabajo comunitario en una organización local. El número de horas que la persona debe trabajar es 20 horas por semana. 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.

Este formulario está autorizado por 89 Ill. Adm. Code 121.160 y es voluntario. No hay sanciones para su agencia por no responder.

Sin embargo, la elegibilidad continua para los beneficios de SNAP para _____ puede verse afectado si este formulario no se completa y devuelve de manera oportuna.

Yo certifico que _____ hizo trabajo comunitario durante el mes de _____ por _____ hora(s).

Nombre de la Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre impreso: _____

Título: _____

Firma: _____

Fecha: _____