

Especialista en beneficios:
 Dirección de devolución:

Número de caso: TANF: SNAP: MED:

Nombre del caso y dirección postal:

Su caso se cerrará si este formulario llega tarde, no se ha completado correctamente o no envía pruebas cuando dice "SEND PROOF" (Enviar pruebas). Si necesita más espacio para responder alguna pregunta, adjunte una hoja separada.

Llene, firme y devuelva este formulario completo a su especialista en beneficios antes del

14 de _____

Uso exclusivo de la agencia:

Fecha de recepción:

Informe semestral para: _____

MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

1. Miembros actuales.

Si alguna de las personas mencionadas arriba se fue o planea irse, haga un círculo alrededor de los nombres y liste las fechas en que las personas se fueron o la fecha en la que las personas se irán. _____

2. ¿Alguien se mudó o se mudará a su grupo familiar antes del 1 del próximo mes? Sí No

Si la respuesta es SÍ, complete las casillas de abajo. * Estado civil: N-Nunca se ha casado, M-Casado, D-Divorciado, S-Separado, W-Viudo

¿Quién?	Fecha de llegada	Relación con usted	*Estado civil	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Ciudadano de EE. UU.	¿Compran y preparan comidas juntos?	Raza	Último grado completado	Sexo
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Completar el NSS/ciudadanía es opcional para las personas que no solicitan asistencia. El envío del NSS para todos los miembros del grupo familiar que solicitan asistencia es obligatorio bajo la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, según la modificación por medio de la Public Law 11-246 (Ley pública 11-246). Los NSS se usan para verificar la identidad de los miembros del grupo familiar, prevenir la participación duplicada y facilitar los cambios masivos. Estos también se usan en las coincidencias cruzadas de computadora con otras agencias federales y estatales para asegurarse que su grupo familiar es elegible para los beneficios de SNAP. Un miembro del grupo familiar que se niegue o no pueda dar un NSS no será elegible para recibir los beneficios de SNAP. Completar la raza es voluntario y no afectará la elegibilidad o los beneficios.

3. ¿Alguno de los NUEVOS miembros del grupo familiar recibió SNAP o mercancías en cualquier estado en el mes pasado? Sí No

Si la respuesta es SÍ, ¿de dónde? _____

GASTOS

4. ¿Se ha mudado desde la última vez que reportó su dirección o se mudará? Sí No

Si la respuesta es SÍ, ENVÍE PRUEBA de su nueva dirección y su parte de la cantidad del alquiler/hipoteca.

Nueva dirección: _____ La fecha en la que se mudó o se mudará: _____

(Calle, ciudad, estado, código postal)

Dirección postal (si es diferente a la dirección arriba): _____
 4a. Si se ha mudado, ¿qué servicios paga? **Marque las casillas al lado de todas las que correspondan y ENVÍE PRUEBA si paga un gasto.**

- Calefacción (si es calor de leña: Compra Corta) Aire acondicionado Pagos de verano para aire acondicionado Combustible para cocinar
 Electricidad Teléfono Agua Basura Alcantarillado Pago todos los servicios públicos listados No pago ningún servicio público
 Recibo Asistencia Energética (LIEAP)

5. ¿Usted o alguien en su grupo familiar han tenido algún cambio en los pagos de manutención infantil ordenados? Sí No

Si la respuesta es SÍ, complete las casillas abajo y ENVÍE PRUEBA.

¿Quién pagó?	¿Cantidad pagada?	¿Fecha de pago?	¿A quién pagó?

INGRESO

6. ¿Usted o alguien en su grupo familiar, incluyendo los niños, tienen ingresos laborales? Sí No
Si la respuesta es SÍ, complete las casillas de abajo. Si los ingresos por el empleo cambiaron en más de \$100 desde su último informe, ENVÍE PRUEBA de los últimos 30 días.

¿Quién trabaja?	Empleador	Horas trabajadas por mes	Ingresos brutos de los últimos 30 días	Propinas	¿Con qué frecuencia le pagan?
			\$	\$	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro
			\$	\$	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro

*****Trabajador independiente:** Presente los libros mayores que muestren los ingresos brutos y los gastos si es un negocio nuevo o si el negocio actual ha tenido un cambio sustancial en los ingresos netos.

7. ¿Usted o alguien en su grupo familiar dejó de trabajar en los últimos 30 días? Sí No
Si la respuesta es SÍ, complete las casillas abajo y ENVÍE PRUEBA.

¿Quién?	¿Dónde?	¿Por qué dejó de trabajar?	¿Cuándo recibió/recibirá su último cheque?

8. ¿Usted o alguien en su grupo familiar empezó un nuevo trabajo/cambió de trabajo desde que informó por última vez, o espera que alguien comience o cambie de trabajo? Sí No
Si la respuesta es SÍ, complete las casillas abajo y ENVÍE PRUEBA.

¿Quién?	Lugar del empleo	Fecha de inicio	Salarios por hora	Horas por semana	¿Cuándo recibirá su primer cheque?	¿Con qué frecuencia le pagan?
			\$			<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes

9. ¿Usted o alguien en el grupo familiar recibe dinero que no proviene del trabajo? Sí No
Si la respuesta es SÍ, complete las casillas de abajo. Si el dinero que no es de un empleo cambió en más de \$100 desde su último informe, ENVÍE PRUEBA.
 Ejemplos de dinero que no es del trabajo: Manutención infantil, seguro social, SSI, GA, pensiones, seguro de desempleo, compensación de los trabajadores, asignaciones militares, dividendos, beneficios para veteranos, pensión alimenticia, ingresos de alquiler, remuneraciones, liquidaciones de seguro, etc.

¿Quién?	Tipo de dinero	¿En qué fecha lo recibió?	¿Cuánto recibió?
			\$
			\$
			\$

RECURSOS

10. ¿Usted o alguien en el grupo familiar tiene más de \$2750 (o \$4250 si tiene más de 60 años o está discapacitado) en cuentas bancarias u otros recursos líquidos? (Ejemplos de recursos líquidos: efectivo, cheques, ahorros, cd, acciones, bonos, etc.) Sí No
11. ¿Usted o alguien en el grupo familiar ha tenido un cambio en los vehículos (compró, vendió, intercambió o agregó otro vehículo al grupo familiar) desde el último informe? (Ejemplos de vehículos: autos, camionetas, botes, campers, motocicletas, motos de nieve, ATV, etc.) Sí No
Si la respuesta es SÍ, complete las casillas de abajo.

¿Quién?	Compró/vendió/cambió/agregó	Año	Marca	Modelo	Cantidad adeudada	Valor
	<input type="checkbox"/> compró <input type="checkbox"/> vendió <input type="checkbox"/> cambió <input type="checkbox"/> agregó <input type="checkbox"/> compró <input type="checkbox"/> vendió <input type="checkbox"/> cambió <input type="checkbox"/> agregó				\$	\$

OTRA INFORMACIÓN

Enviar una solicitud para inscribirse o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de ayuda que reciba de esta agencia.

12. **Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive en la actualidad, ¿le gustaría presentar una solicitud para que lo inscriban para votar aquí hoy?** Sí No
Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió NO registrarse para votar en este momento. (No marcar ninguna de las casillas se considera un rechazo a la inscripción para recibir ayuda para el registro, pero no se considera un rechazo por escrito para recibir una solicitud. Si no marca ninguna de las casillas, recibirá un formulario de registro de votantes que podrá completar cuando pueda).

Si se inscribe para votar, la información relacionada con la oficina a la que se presentó el formulario de inscripción de votantes será confidencial y se usará únicamente para la inscripción de votantes. Si no se registra para votar, esta decisión será confidencial y se usará únicamente para el registro de votantes. Si quiere ayuda para completar el formulario de inscripción de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede rellenar el formulario de registro de votantes en privado.

Si considera que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a rechazar registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se registra, su derecho a presentar una solicitud para registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política puede presentar una queja ante South Dakota Secretary of State, 500 E Capitol, Pierre SD 57501, (605) 773-3537.

13. ¿Hay algo más que le gustaría reportar a su Especialista en beneficios? Sí No
Si la respuesta es SÍ, explique abajo. (Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada) Ejemplos: cambios en gastos de cuidado de dependientes, cambios en asistencia a la escuela, recibe LIEAP, etc. _____

Si sus hijos son elegibles para recibir SNAP y Medicaid, usaremos su determinación de SNAP para establecer su elegibilidad médica continua. Si esto no es aceptable para usted, infórmenos.

Entiendo que mis beneficios podrían cambiar o detenerse debido a la información que he dado en este informe. Entiendo que dichos cambios se pueden hacer sin previo aviso. También entiendo que las leyes federales y estatales contemplan multas o encarcelamiento de cualquier persona que reciba fraudulentamente o intente recibir, beneficios de SNAP o TANF a los cuales esa persona no tiene derecho. Cualquier persona que se sepa que ha cometido una violación intencional de SNAP o TANF mediante una audiencia administrativa o tribunal será descalificada del programa SNAP o TANF por 12 meses para la 1.^{ra} ofensa, 24 meses para la 2.^{da} ofensa y permanentemente para la 3.^{ra} ofensa. Una persona también puede recibir una multa de hasta \$250,000; encarcelamiento hasta por 20 años o ambos si se lo encuentra culpable de uso no autorizado de los beneficios de SNAP. Si necesita asistencia con este formulario, puede llamar a su oficina local al número que se incluye en la parte de delante de este formulario.