

**Documento de
Revisión/Recertificación
de Elegibilidad**

Número de caso

Número de condado

Nombre de trabajador/a social

Aviso de vencimiento - Siga las instrucciones de las casillas marcadas a continuación.

- Aviso de vencimiento del SNAP: Su SNAP terminará . Devuelva este formulario firmado antes del , si no lo hace, es posible que no reciba SNAP en la fecha regular el mes entrante.
- Si se selecciona esta casilla, deberá sostener una entrevista para el SNAP. Un empleado se comunicará con usted por teléfono o recibirá una carta de cita. Puede solicitar una entrevista en persona. Si no asiste a la entrevista, es probable que sus beneficios sean retrasados o cancelados. Deberá solicitar a su trabajadora social que vuelva a programar la cita, y deberá proveer la verificación necesaria.
- FIP/Refugee Cash Assistance (Asistencia en efectivo para refugiados): Es momento de revisar su caso. Complete este formulario y devuélvalo, junto con cualquier prueba, como se indica a continuación a más tardar para el . Esta información se usará para decidir si continuará recibiendo los beneficios del Family Investment Program (FIP, Programa de Inversión Familiar) o Refugee Cash Assistance (Asistencia en efectivo para refugiados).

Puede entregar este documento y la prueba (que se indica en la página 2) que necesitamos para tomar una decisión sobre sus beneficios de cualquiera de las siguientes maneras:

- Por correo a la dirección de arriba,
- Por correo electrónico a:
- Por fax al: o
- En persona en cualquier oficina local del HHS.
- Si tiene preguntas, llame a su trabajadora social al
- Tiene derecho a pedir una solicitud y presentarla en cualquier momento con el nombre, dirección y firma legibles.
- Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si se le niega la recertificación o si no está de acuerdo con el monto de los beneficios. Consulte la página 9 para obtener más información.
- Si el único ingreso de su grupo familiar proviene del Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), puede solicitar la recertificación de SNAP en cualquier oficina de la Administración del Seguro Social.

Documentos que podemos necesitar

No se demore en entregar este formulario para determinar sus beneficios. Si no lo entrega, le enviaremos una carta por correo informándole exactamente lo que necesitamos de usted. Cuando solicite los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), debe proporcionarnos ciertos documentos. Sus documentos ayudan a demostrar que lo que informo en su solicitud es correcto. Esta página le indica qué documentos necesitamos según la situación de su grupo familiar. Los puntos con * también son obligatorios para el Programa de Inversión Familiar (FIP) y la Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA).

Necesitaremos la información de usted y de cualquier persona en su grupo familiar que solicite beneficios SNAP. Su grupo familiar son todas las personas que viven con usted y que compran alimentos y preparan las comidas con usted. Por favor, proporcione únicamente copias de sus documentos. No le podemos devolver sus documentos originales.

Identidad – Comprobante de su identidad:

- Licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado
- Tarjeta de identificación de escuela o trabajo
- Tarjeta de registro de votante

Residencia – Comprobante del lugar donde vive:

- Licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado
- Facturas de servicios públicos (p. ej. electricidad, gas, agua, teléfono)
- Correspondencia enviada a usted a la dirección que se indica en la página 1

Número de seguro social (SSN)*

- Necesitamos los SSN, o comprobante de que solicitó uno, de todas las personas para quienes está solicitando.

Estatus migratorio*

- Documentos de inmigración y naturalización solo si no es ciudadano estadounidense

Es posible que deba proporcionar otros documentos dependiendo de su situación.

Si alguien está trabajando – comprobante del dinero recibido en los últimos 30 días*:

- Talones de pago
- Declaración del empleador (si le pagan en efectivo o no tiene los talones de pago)
- Si trabaja por cuenta propia, 12 meses de sus registros del negocio

Si alguien tiene otros ingresos, no provenientes de trabajo – Comprobante de ese dinero recibido en los últimos 30 días*:

- Seguro Social, SSDI
- Ingreso suplementario del Seguro Social (SSI)
- Administración de Veteranos (VA)
- Manutención de menores
- Jubilación o pensión
- Beneficios de desempleo

Si alguien es responsable de pagar cualquiera de los siguientes gastos, es posible que pueda obtener una deducción – Comprobante del monto que se le facturó en los últimos 30 días:

- Alquiler o hipoteca (incluidos los impuestos y el seguro de propietario)
- Servicios públicos (electricidad, gas, agua, teléfono)
- Gastos de guardería de un niño o de cuidados diurnos de un adulto discapacitado.
- Facturas médicas de cualquier persona discapacitada o mayor de 59 años
- Manutención de menores ordenada por la corte*

Si alguien tiene alguno de los siguientes activos/recursos, infórmenos sobre ellos en la página 5. No es necesario que envíe los comprobantes ahora, es posible que se los solicitemos más adelante*:

- Efectivo en mano
- Dinero en cuentas bancarias y cooperativas de crédito
- Acciones o bonos
- Vehículos motorizados como automóviles, camionetas, motocicletas, casas rodantes y botes.
- Terrenos, edificios o casas distintas a la casa donde vive

Lo que necesita hacer ahora

- Complete este formulario. Asegúrese de firmar y fechar la página 6. Utilice papel adicional, si es necesario.
- **Envíe un comprobante si la pregunta tiene lo siguiente:** ENVÍE UN COMPROBANTE
- **Incluya su nombre y número de caso en cualquier comprobante que presente.**

¿Se mudó de casa? Denos su nueva dirección si se mudó.

Dirección	Ciudad, estado y código postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad, estado y código postal

Miembros de la familia: Estas personas reciben beneficios con usted o se consideran para calcular sus beneficios:

Nombre/Identificación del estado	Número de seguro social (SSN)	Edad	Último grado escolar completado	¿Es usted ciudadano? Sí/No	Si es migrante, ¿cuál es el estatus?

¿Alguien indicado anteriormente que se haya mudado de su casa o hay alguien más viviendo en su casa que no esté indicado en la lista anterior? Sí No En caso afirmativo, complete la información a continuación

Nombre	Relación que tiene con usted	Fecha de nacimiento	Último grado escolar*	SSN	Fecha en que se mudó a la casa/de la casa	Origen étnico**	Raza***	Ciudadano Sí/No	Si es migrante, ¿cuál es el estatus?

Nota: Último grado escolar* únicamente se requiere para FIP.

Tenemos que preguntar por su origen étnico y raza, pero usted no tiene la obligación de responder. La razón de la información es asegurarse de que los beneficios del programa sean distribuidos sin importar la raza, el color o el origen nacional. Su respuesta no afectará el nivel ni el tiempo de espera de los beneficios elegibles que pudiera obtener. Si decide responder, utilice los siguientes códigos:

- **Origen étnico
- H = Hispano o Latino
- N = No Hispano o Latino
- ***Raza (escoja todas las que correspondan)
- W = Blanco
- B = Negro o Afroamericano
- A = Asiático
- I = Nativo Americano o nativo de Alaska
- N = Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

- ¿Alguna persona de su grupo familiar se encuentra prófugo para evitar un procesamiento judicial, custodia o cárcel por un delito mayor? Sí No
- ¿Alguna persona de su grupo familiar ha quebrantado su libertad condicional? Sí No
- ¿Alguna persona de su grupo familiar está en la cárcel o a la espera de ser ingresado a la cárcel o prisión? Sí No
- ¿Alguien ha sido descalificado para recibir beneficios de SNAP en algún estado por fraude o violación del programa? Sí No

Indique a cualquier persona en su grupo familiar que:

- Haya abandonado los estudios o ya no asiste a la escuela a tiempo completo _____
- Esté en la universidad o en un programa de capacitación, incluya en qué universidad o programa _____
- Esté en el ejército, es veterano o es cónyuge de un veterano, incluya su estatus _____
- Ya no tiene edad para estar en cuidado de crianza _____
- Esté experimentando falta de vivienda _____
- Esté embarazada _____

Liste la dirección más reciente de cada padre que no viva en el hogar. Complete únicamente si recibe FIP.

Nombre del padre que vive fuera del hogar	Dirección de este padre	Nombre de los hijos(as) de este padre

Ingresos: **ENVÍE UN COMPROBANTE** Envíe todos los comprobantes de pago o comprobantes de ingresos de los últimos 30 días.

Debe indicarnos todo el dinero que ganan las personas en su casa.

- **Si deja un espacio en blanco:** entenderemos que nadie en su grupo familiar recibe dinero de este tipo. Use una hoja de papel adicional si fuera necesario.
- **Nuevos empleos:** envíe comprobantes que muestren su primera fecha de pago, tarifa por hora y número de horas a la semana.
- **Terminó su empleo:** envíe el comprobante de la última fecha de pago.
- **Comprobantes de propinas:** envíe comprobantes de pago donde aparezcan las propinas, declaración del empleador o sus registros de propinas.

Haga una lista de todos los empleos que tengan las personas en su casa.

¿Quién trabaja?	¿Cuál es el nombre del empleador?	¿Esta persona recibe propinas?	
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¿El monto de dinero de los trabajos permanecerá siendo casi la misma que como se muestra en los comprobantes que está enviando? Sí No Si la respuesta es No, explique_____

¿Hay alguien que ya haya sido contratado para un empleo pero que no haya recibido aún su sueldo? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién?_____ Nombre del nuevo empleador _____

Tarifa de pago_____ Horas semanales de trabajo_____

¿Alguien ha dejado de trabajar en los últimos 30 días? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién?_____ ¿Cuál es el nombre del empleador?_____

¿Qué otro dinero reciben las personas en su casa?	¿Quién recibe el dinero?	¿Cuánto recibe al mes? ENVÍE UN COMPROBANTE
Empleo por cuenta propia o trabajos esporádicos (Envíe los formularios de impuestos federales más recientes. Si no se presentó declaración de impuestos, envíe los registros que muestren los ingresos y los gastos).		
Compensación por desempleo o del empleado		
Seguro Social o SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)		
Beneficios para veteranos, pensiones o jubilación		
Pensión alimenticia o manutención		
Bonos, comisiones o ingresos por intereses		
Dinero proveniente de amigos o familiares		
Otro: (incluya pagos irregulares o únicos) Explique:		

¿El monto del dinero adicional permanecerá siendo casi la misma que como se muestra en los comprobantes que está enviando? Sí No

Si la respuesta es No, explique_____

Gastos: **ENVÍE UN COMPROBANTE** Envíe comprobantes de gastos durante los últimos 30 días.

Si tiene gastos de **guardería** para un niño o de **cuidado diurno** para un adulto discapacitado que vive con usted, díganos cuánto paga a continuación. Necesitamos un comprobante de cuánto es su responsabilidad de pago para ver si puede obtener una deducción. Los comprobantes pueden ser recibos o una declaración de pago del proveedor.

Quién recibe los cuidados: _____ Cantidad que paga \$ _____ por mes

Si alguien paga **manutención de menores**, díganos cuánto paga a continuación. Necesitamos un comprobante de cuánto paga para ver si puede obtener una deducción.

Quién paga: _____ Cantidad que paga \$ _____ por mes

Si tiene **gastos médicos** que su seguro no cubre para algún miembro del grupo familiar que tenga discapacidad o sea mayor a 59 años, denos esa información. Esos podrían ser facturas de médicos u hospitales, medicamentos, transporte, primas de seguros médicos, costos de atención médica domiciliaria, suministros relacionados con la salud, equipos médicos u otros gastos médicos. Envíe comprobantes si sus gastos han cambiado.

Quién paga: _____ Cantidad que paga \$ _____ por mes

Refugio y servicios públicos – ENVÍE UN COMPROBANTE Envíe comprobantes de los gastos de los últimos 30 días.

Solo responda estas preguntas si recibe SNAP.

Para los arrendatarios, un comprobante puede ser un contrato de arrendamiento o una declaración por escrito del arrendador o la autoridad de vivienda. Para los dueños de viviendas puede ser una declaración de hipoteca, predial o seguro.

¿Recibe usted ayuda para el alquiler? Sí No

Si la respuesta es Sí, ingrese el monto exacto que usted es responsable de pagar. No provea montos estimados.
\$ _____ por mes

Alquiler \$ _____ por mes

Alquiler de lote \$ _____ por mes

Hipoteca \$ _____ por mes

Si usted paga impuestos o seguro aparte de su hipoteca, liste los **montos exactos** abajo.

No provea montos estimados.

Impuestos a la propiedad: \$ _____ cada 1 3 6 12 meses

Seguro de propietario: \$ _____ cada 1 3 6 12 meses

Marque las casillas que correspondan si usted paga cualquiera de lo siguiente:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Luz/electricidad | <input type="checkbox"/> Agua y alcantarillado | <input type="checkbox"/> Basura |
| <input type="checkbox"/> Gas | <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Cargos adicionales del propietario |
| <input type="checkbox"/> Alquiler de garaje | <input type="checkbox"/> Pago para poder tener mascota | |
| <input type="checkbox"/> Otro, explique _____ | | |

Marque la casilla si:

- Cualquiera de las facturas de los servicios públicos (suministro de agua, electricidad, gas, etc.) que tiene que pagar son para cubrir la calefacción o el aire acondicionado.
- Usted recibió asistencia para cubrir los gastos de energía el año pasado.
- Los servicios públicos (agua, electricidad, gas, etc.) están incluidos en su alquiler.
- Alguien le ayuda a pagar el alquiler, los servicios públicos u otros gastos. Ejemplo: compañero de cuarto, padre, amigo, etc. Si la respuesta es sí, ¿quiénes le ayudaron y qué gastos pagaron? _____

Recursos (activos)

¿Alguien tiene un auto, camión, barco, cámper, motocicleta u otro vehículo?

Sí No

Si la respuesta es Si, liste la marca, modelo y año a continuación.

Liste el dinero que alguien tenga en:

Cuentas de cheques/ahorros u otras
cuentas bancarias o de uniones de crédito

\$ _____ ¿Quién? _____

Efectivo

\$ _____ ¿Quién? _____

Acciones, bonos, certificados de ahorro,
anualidades, IRA (plan de pensiones), Keogh u otros activos

\$ _____ ¿Quién? _____

Liste a quien tenga o posea tierras, edificios
o casas, fuera de la casa en la que vive:

Liste a quien tenga una patria potestad o un fideicomiso:

¿Alguien tiene seguro de vida o beneficio por fallecimiento? Sí No

Para FIP, liste cualquier herramienta, maquinaria, ganado o recolecciones que alguien tenga:

Ayuda con su SNAP – Representante autorizado

Si siente que necesita la ayuda de otra persona para estar en sus entrevistas con el HHS, completar sus documentos del HHS, responder preguntas del HHS y comprarle alimentos con sus beneficios de EBT, puede decirnos el nombre de esa persona. La persona que lo representa ante el HHS se llama su Representante Autorizado. Es muy importante elegir un Representante Autorizado en quien confíe y en quien pueda confiar. Cualquier información proporcionada al HHS por parte de su Representante Autorizado es lo mismo que si esa información proviniera de usted. Si su Representante da información incorrecta y usted obtiene beneficios en exceso, tendrá que devolverlos. Si su Representante usa sus beneficios EBT, no podrá reemplazar esos beneficios. No es necesario tener un Representante Autorizado. Es opcional y es su decisión.

Entiendo lo que significa tener un Representante Autorizado y me gustaría tener uno. Entiendo que el HHS podrá compartir mi información con la persona que indico a continuación.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Relación con usted: _____

Cambios esperados: Notifíquenos de cualquier cosa que haya cambiado o que se espera que cambie.

Firma y fecha

Certifico, bajo pena de perjurio que:

- Las respuestas que proporciono son correctas y están completas a mi leal saber y entender.
- Mis respuestas sobre la ciudadanía y el estatus de migrante de cada persona que está solicitando asistencia son correctas.

Sé que lo que informé puede hacer que los beneficios sean reducidos, incrementados o que sean suspendidos y que el Department of Health and Human Services puede verificar mi caso.

Su firma o marca	Número de teléfono	Fecha de hoy
Firma de la persona que ayudó a completar este formulario, si corresponde	Número de teléfono	Fecha de hoy
Correo electrónico		
¿Necesita un intérprete? Si es así, ¿en qué idioma?		

Autorizo al HHS a entregarme información confidencial por correo electrónico a la dirección provista arriba. La información confidencial abarca todos los datos necesarios para que el HHS procese mi solicitud. Al proveer mi dirección de correo electrónico al HHS entiendo que es mi responsabilidad informar a mi trabajador del HHS si mi dirección de correo electrónico cambia o si deseo que dejen de comunicarse conmigo por correo electrónico.

Si se quiere registrar para votar, puede completar el formulario de registro de votante en https://hhs.iowa.gov/sites/default/files/Voter_Registration.pdf. Solicitar o rechazar registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que recibirá de esta agencia.

Autorización opcional para solicitar información

¡Ayúdenos a ayudarle!

No tiene que firmar esto, pero su firma nos permitirá obtener la información que necesitamos para ayudarle, sin tener que requerir su firma para cada solicitud específica.

Debería saber que:

- Tal vez necesitemos información adicional para decidir si puede recibir asistencia.
- Si necesitáramos información adicional de usted, recibirá una carta que le indicará qué necesitamos y la fecha límite de presentación de esa información.
- Usted es responsable de conseguir la información o de pedirnos ayuda para obtenerla.
- Si no nos entrega la información para la fecha límite ni nos pide ayuda para obtenerla, su solicitud podría ser denegada o su asistencia podría ser interrumpida.
- Podríamos usar la autorización que se encuentra abajo para obtener la información que necesitamos. **Sin embargo, usted todavía tiene que proveernos la información solicitada o pedirnos ayuda para obtenerla.**
- Podríamos adjuntar una copia de esta autorización a un formulario que solicite a otras personas u organizaciones (como su empleador) la información específica que necesitamos sobre usted u otras personas en su grupo familiar.

Escriba en letra de molde su nombre y firme abajo para autorizarnos a obtener la información que necesitamos. Recuerde también firmar la página 4.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN

Por la presente, autorizo a cualquier persona u organización a proporcionar al Iowa Department of Health and Human Services la información solicitada sobre mí u otros miembros de mi grupo familiar.

Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

Esta autorización no procede en el caso de información médica protegida.

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma.

Su nombre (escriba claramente)

Nombre del otro adulto (escriba claramente)

Firma o marca

Firma o marca

Fecha

Por favor guarde las páginas a continuación para su información.

Información sobre el número de seguro social (SSN) y estatus migratorio

Podemos entregar ayuda solo a personas que nos den su SSN o un comprobante de solicitud de la oficina del seguro social. **No necesita entregarnos el SSN de las personas en su hogar para quienes usted no desea la ayuda, pero usted puede elegir entregarnos el SSN si quiere.** Sin embargo, utilizaremos todos los SSN que nos entregue de la misma manera en que usamos el SSN de las personas que reciben asistencia. Si opta por no darnos el número de seguro social de las personas en su hogar, denegaremos la asistencia para esas personas. Existen algunas excepciones a esto. Pregunte a su trabajadora social al respecto. No entregaremos ningún SSN al Citizenship and Immigration Service (Servicio de Ciudadanía e Inmigraciones).

Usted puede solicitar beneficios solo para una parte de las personas de su grupo familiar incluso si algunos miembros no tienen estatus migratorio legal. Por ejemplo, los padres que no tienen estatus migratorio legal pueden solicitar por sus hijos estadounidenses o inmigrantes legales calificados. Deberá presentar un comprobante del estatus migratorio o de la ciudadanía estadounidense para cada persona de su hogar que esté solicitando beneficios. Se podrá verificar el estado de migrante de su hogar con el Citizenship and Immigration Service (USCIS). Cualquier información que obtengamos de USCIS puede afectar los beneficios de su grupo familiar. No nos comunicaremos con el Citizenship and Immigration Service para obtener información sobre las personas para las cuales no llene una solicitud. Sin embargo, podremos utilizar sus ingresos y activos para ver si el resto del grupo familiar puede recibir ayuda.

Tiene derecho a apelar

Una apelación es una solicitud de audiencia relacionada con una decisión tomada por el Departamento. Para SNAP y FIP puede apelar en persona, por teléfono o por escrito. Para presentar una apelación por escrito, debe realizar una de las siguientes acciones:

- Complete electrónicamente una apelación en <https://hhs.iowa.gov/appeals>, o
- Escriba una carta en la que nos indique por qué cree que la decisión es incorrecta, o
- Complete un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina del HHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación al HHS, Appeals Section, 321 E. 12th St., Des Moines, IA 50319-1002. Si necesita ayuda para presentar una apelación, pregunte en la oficina del HHS de su condado. Puede representarse solo. O bien, puede hacer que un amigo, pariente, abogado u otra persona actúe en su nombre. Puede comunicarse con la oficina de HHS de su condado para obtener información sobre los servicios legales existentes. Es posible que tenga que pagar por estos servicios legales. Si así fuera, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al (515) 243-1193.

No será discriminado

Es política del Iowa Department of Health and Human Services (HHS) proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a solicitantes, empleados y clientes sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, creencia política o estado de veterano.

Si usted cree que el HHS lo ha discriminado o acosado, envíe una carta en la que detalle su reclamo a: HHS, Bureau of Human Resources, 321 E. 12th St., Des Moines, IA 50319-1002 o por correo electrónico a inclusion@dhs.state.ia.us

SNAP

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, convicciones políticas o tomar represalias o venganza por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa se puede entregar en otros idiomas. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para recibir la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o del habla pueden contactar al USDA a través del Servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, el denunciante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071 o mediante una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada suficientemente detallada para informar al Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una alegada violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta se deben enviar a:

1. **correo postal:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; or
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

No envíe solicitudes por correo a la dirección anterior

SNAP, FIP y RCA

Revisamos lo que usted nos informa

La información que usted nos entrega podría ser revisada por funcionarios federales, estatales y locales para verificar su veracidad. La información que podemos verificar podría ser cualquier dato provisto por la persona: Número de Seguro Social, empleo y salario, saldo en cuenta bancaria, montos recibidos de otras fuentes como el Seguro Social o seguro de desempleo y estatus migratorio. Si la información entregada no es fidedigna, podríamos denegar su solicitud.

Es posible que verifiquemos los registros de otros estados para ver si alguna persona en su grupo familiar puede recibir beneficios en Iowa. Esto puede deberse a que una persona fue descalificada de un programa en otro estado.

Revisamos y utilizamos sistemas computarizados como el State Income and Eligibility Verification System (Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad). Si cualquier información que nos haya entregado difiere con lo que no dice el sistema, averiguaremos para saber qué es lo correcto. Para revisar su información podríamos comunicarnos con su empleador, su banco o con otras personas. Dicha información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar.

Cosas que necesita saber

- El HHS podría entregar sus respuestas a oficiales de la policía y agencias del orden público para apresar a personas buscadas por la ley.
- La unidad de Control de Calidad o la unidad de Investigaciones podría revisar su caso. Ellos podrían contactar a otras personas u organizaciones para verificar su información. Al firmar esta solicitud, usted otorga su permiso para divulgar información confidencial a la unidad de Control de Calidad o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con la unidad de Control de Calidad e Investigación para conservar sus beneficios del FIP. Debe cooperar con la unidad de Control de Calidad para conservar sus beneficios de SNAP.
- Utilizaremos la información que nos proporcione para determinar qué tipo de asistencia tiene derecho a recibir.
- Si no era elegible para beneficios, tendrá que pagar de vuelta todos los beneficios que haya obtenido o que hayan sido pagados a terceros en su nombre.
- La sección 1128B de la Ley de Seguro Social provee penas federales por actos fraudulentos e informes falsos en relación con estos programas.
- Cualquier persona que obtiene, intenta obtener o ayuda a otra persona a obtener asistencia pública a la cual no tiene derecho, es culpable de violar las leyes del estado de Iowa. Esto incluye, entre otros, los capítulos 239B, 243, 249 y 249A del Código de Iowa.
- Sus gastos pueden ser utilizados para calcular la cantidad de asistencia a recibir. Puede incluir los gastos en el cálculo de sus beneficios informando y presentando comprobantes de sus gastos. Si no reporta o no entrega pruebas de sus gastos, significa que está eligiendo no reclamar el gasto. Puede informar y presentar pruebas más adelante y el gasto se podrá utilizar en los próximos meses.

También tiene derecho a:

- Pedirle a alguien que le ayude a completar la solicitud.
- Que le aclaren todas sus preguntas.
- Obtener información sobre los programas que solicitó y cualquier otro programa del HHS que podría recibir.
- Que se le notifique si es elegible y cuándo cambiarán o se detendrán sus beneficios.
- Mantener su información y la de su familia en privado.

Para informar un cambio

- Llame al: 1-877-347-5678 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m., se excluyen los días festivos estatales
- Correo electrónico: IMCSC@dhs.state.ia.us

SNAP solamente – Siga estas reglas de SNAP:

- **No** oculte ni entregue información indebida con el fin de obtener beneficios de SNAP.
- **No** use los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean alimentos, por ejemplo, alcohol o tabaco.
- **No** intercambie, no venda ni regale sus beneficios de SNAP.
- **No** use los beneficios de SNAP de otra persona para usted mismo.
- **No** compre con sus beneficios de SNAP un producto que tenga un envase con sistema de depósito, devolución y retorno con la intención de obtener efectivo mediante el descarte intencional del producto para luego devolver el envase y obtener el monto del depósito.
- **No** adquiera alimentos a crédito ni intente pagarlos con SNAP.
- **No** adquiera un producto con los beneficios de SNAP de manera que pueda obtener efectivo u otros artículos que no sean alimentos elegibles mediante la reventa de dicho producto.
- **No** deje de informar si su grupo familiar supera su límite de ingresos.
Si recibe SNAP, la trabajadora le indicará cuál es el límite de ingresos que corresponde a su grupo familiar. Si el ingreso de su hogar supera el límite, o si alguien en su hogar recibe ganancias de la lotería o por apuestas de \$3500 o más en un mes determinado, deberá notificarnos a más tardar para el día 10 del mes siguiente. Si no avisa a tiempo, tendrá que devolver el pago de esos beneficios.

Sanciones del Programa SNAP. Cualquier persona que viole las reglas anteriores:

- **No podrá obtener beneficios de SNAP por un año si es la primera vez, dos años si es la segunda vez, y nunca más si es la tercera vez;**
- **Podría ser multado con hasta \$250,000 o encarcelado por hasta 20 años o ambos; y también podría ser llevado a juicio bajo otras leyes federales y estatales aplicables.**
- **Podrían ser suspendidos sus beneficios de SNAP por 18 meses adicionales, si la Corte así lo determina.**
- **Si la Corte lo declara culpable de intercambiar beneficios del SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.**
- **Si la Corte lo declara culpable de comprar, vender o intercambiar más de \$500 en beneficios del SNAP, perderá los beneficios para siempre.**
- **Si la Corte lo declara culpable de canjear los beneficios del SNAP por sustancias controladas, perderá los beneficios por dos años la primera vez y para siempre en caso que ocurra una segunda vez.**
- **No recibirá SNAP durante 10 años si es encontrado culpable de obtener o intentar obtener SNAP en más de un estado a la vez. Esta sanción se produce si entrega información incorrecta sobre usted o el lugar donde vive.**

Entregar información errónea de manera intencional podría significar que tomemos acciones legales, ya sea criminales o civiles, contra usted. También podría significar que rebajemos sus beneficios o que confiscemos el dinero de usted.

Cosas que necesita saber

- Los grupos familiares elegibles para SNAP pueden recibir un aviso informando que son elegibles para el programa “Promoción de los beneficios de un matrimonio saludable” y un folleto que menciona esos beneficios. Al entregar esta información, el HHS puede usar diferentes reglas que pueden ayudarle a obtener SNAP.
- Si tiene un pago en exceso de SNAP, el HHS entregará sus respuestas a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de cobranzas, para recuperar el pago en exceso.
- La oficina del SNAP podría contactar a otras personas u organizaciones para verificar su información.
- La fecha de presentación de su solicitud es diferente si su hogar es una institución y está solicitando SNAP e ingreso de seguridad complementario (SSI) al mismo tiempo. En este caso, la fecha de presentación es la fecha de publicación de la institución.
- No le denegarán los beneficios de SNAP basado en la denegación de otros programas. No se retrasarán las solicitudes de SNAP debido a los requisitos de otros programas que solicite.
- Al firmar esta solicitud, usted acepta que todos los miembros de su grupo familiar se registrarán en algún empleo y seguirán todas las reglas de empleo y capacitación.
- Para ver la disponibilidad de oportunidades de empleo y capacitación, se puede comunicar con:
 - El HHS SNAP Employment & Training (E&T) Program (Programa de Empleo y Capacitación del Department of Health and Human Services) en línea en <https://dhs.iowa.gov/food-assistance/related-programs/employment-and-training> o por teléfono al (515) 281-3131
 - Su Centro IowaWorks local. Puede encontrar su centro de trabajo local en <https://www.iowaworkforcedevelopment.gov/contact>
 - United Way – 211
- La recolección de información en la solicitud, que incluye el Número de Seguro Social de cada miembro del grupo familiar, está autorizada por la Food and Nutrition Act de 2008 (Ley de Alimentos y Nutrición) (anteriormente la Food Stamp Act de 1977 [Ley de Estampillas para Alimentos]), y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2011-2036. La información se utilizará para determinar si su grupo familiar es elegible o continúa siendo elegible para participar en el Programa SNAP. Verificaremos esta información a través de programas de correspondencia computarizados. Esta información también se usará para supervisar el cumplimiento de las regulaciones del programa y para la administración del programa.
- Un grupo familiar conformado solo por solicitantes o beneficiarios de Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) tiene derecho a solicitar la recertificación del SNAP en una oficina de la Administración del Seguro Social.

Solo para FIP o Asistencia de dinero en efectivo para refugiados (RCA)

Debe informar al HHS cualquier cambio dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que ocurre un cambio, tales como:

- Ingresos, cuando comienzan o terminan, incluyendo la obtención de una herencia o un pago único de manutención de menores morosa
- Recursos o activos
- Mudanza de una persona dentro o fuera de su hogar
- Una nueva dirección postal o de domicilio
- Recepción de un SSN
- Cambio de escuela de un menor

Si recibe beneficios de FIP o Asistencia de dinero en efectivo para refugiados, su SNAP podría disminuir o terminar.

A menos que estén exentos, todos los miembros de su grupo familiar deberán cooperar con el Acuerdo de Inversión Familiar (FIA) que usted firmó con PROMISE JOBS. Comuníquese con su trabajadora social si considera que tiene un motivo justificado para no cooperar. Si decide no participar en su FIA con PROMISE JOBS, los beneficios de su FIP se terminarán.

Debe cooperar con los Child Support Services (Servicios de Recuperación de Manutención de Menores). Mientras recibe el FIP, renuncia a sus derechos a la manutención de menores durante los meses que esté en el FIP. El estado de Iowa retendrá su manutención de menores para descontar el dinero que reciba del FIP.

Uso de su tarjeta de acceso electrónico (EAC) o tarjeta de débito para acceder a fondos del FIP/RCA de su cuenta bancaria personal

Usted no puede acceder a sus beneficios de dinero en efectivo, con su EAC ni con su tarjeta de débito personal, en:

- Licorerías o cualquier sitio que venda alcohol principalmente;
- Casinos u otros establecimientos de apuestas o juegos, o
- Negocios que ofrecen entretenimiento para adultos donde hay artistas que se quitan la ropa o actúan desnudos (por ejemplo, un club nocturno).

Esto incluye esos tipos de negocios ubicados en Iowa, en territorios indígenas o en cualquier otro estado. Si el HHS determina que usted accedió a sus beneficios de dinero en efectivo con su EAC o su tarjeta de débito personal en uno de los lugares mencionados arriba, usted:

- Habrá cometido fraude,
- Tiene que devolver la cantidad de dinero usada en el lugar, además de cualquier otro cobro inherente a ese uso, y
- Su familia no obtendrá los beneficios en efectivo durante tres meses con el primer uso incorrecto, y por seis meses por cada uso incorrecto adicional.

Al firmar esta solicitud usted conviene en que ningún miembro de su grupo familiar usará la EAC o su tarjeta de débito personal para acceder a los fondos de FIP/RCA en lugares prohibidos.

Responsabilidades adicionales:

Usted debe:

- Solicitar y aceptar cualquier beneficio que pueda obtener.
- Proveernos información y comprobantes, cuando se lo solicitemos.
- Completar los formularios de revisión cuando se le pida que lo haga.

Sanción por obtener FIP en más de un estado

No recibirá FIP durante 10 años si es encontrado culpable de obtener o intentar obtener FIP en más de un estado a la vez. Esta sanción se produce si entrega información incorrecta sobre el lugar donde vive.