

Food Assistance Interim Report (Informe Interino de Asistencia Alimenticia)

Número del condado

Nombre del trabajador

Caso Número

Fecha límite

¿Por qué debo llenar este formulario?

Es hora de revisar su caso. Por favor llene este formulario y envíelo o tráigalo a la dirección indicada arriba antes de la fecha límite indicada. Esta información será usada para decidir si usted continuará recibiendo los beneficios de Food Assistance (Asistencia Alimenticia). Si no lo hace, podremos suspender su asistencia.

¿Qué debo hacer con este formulario?

- Usted debe:
- Llenar este formulario.
 - Enviar prueba si la pregunta tiene **Enviar prueba**. Ejemplos de prueba del dinero que recibe pueden ser coletillas de cheques, registros de trabajador independiente o cartas de premios.
 - Firmar y fechar la página 3.
 - Enviar o traer el formulario y su prueba a la dirección anterior antes del _____.
 - Usar papel adicional, si lo necesita para sus respuestas.

¿Qué pasa si tengo preguntas?

Llame a su trabajador al _____. Aceptaremos llamadas por cobrar.

Miembros del hogar

Estas personas se benefician con usted o se cuentan para identificar sus beneficios.

Nombre	Identificación del Estado	Fecha de nacimiento	Nombre	Identificación del Estado	Fecha de nacimiento

Miembros del hogar (cont.)

1. ¿Alguien ha entrado o se ha mudado fuera? No Sí, liste a continuación

Nombre de la persona	Relación	Fecha de nacimiento
Número de Seguridad Social	Fecha de ingreso a su hogar	Fecha de mudanza fuera del hogar

Gastos

2. Si ingresó al hogar, llene a continuación:

Nueva dirección (calle, apto, ciudad, cod.post)	Número de teléfono
Dirección de correspondencia (si es diferente)	

Liste su participación en:

Alquiler _____ Impuestos sobre la propiedad _____
Alquiler del lote _____ Seguro de propietario de vivienda _____
Hipoteca _____

Si se mudó, marque las casillas junto a los servicios públicos que usted paga:

- Calefacción Iluminación Recolección de basura
 Aire Acondicionado Gas Cobros adicionales de su arrendador
 Teléfono Agua y alcantarillado Marque esta si los cobros adicionales incluyen calefacción o aire acondicionado

3. ¿Alguien en su hogar empezó a pagar la manutención de los niños ordenada por la corte o la suma de dicha manutención cambió? No Sí, liste a continuación **Enviar prueba**

Cantidad pagada mensualmente _____

El dinero que recibe

4. ¿Alguien tuvo un trabajo o trabajó independiente en los últimos 30 días? **Enviar prueba**

No Sí, liste a continuación

**Envíe todos los talones de pago o prueba de su dinero recibido por trabajo durante los últimos 30 días.
Si su ingreso empezó en los últimos 30 días, envíe prueba de la fecha del primer pago.
Si su ingreso terminó en los últimos 30 días, envíe prueba de la fecha del último pago.**

Nombre del trabajador	Nombre del empleador
Nombre del trabajador	Nombre del empleador

5. ¿Los ingresos como Seguridad Social, SSI, sostenimiento infantil o los beneficios de desempleo cambiaron en más de \$50 en un mes? **Enviar prueba**

No Sí, liste a continuación y

Nombre de la persona	Tipo de ingreso
Nombre de la persona	Tipo de ingreso

Recursos (Activos)

6. ¿Alguien compró un auto, camión, barco, campero, motocicleta u otro vehículo con licencia?

No Sí, liste a continuación

Marca	Modelo	Año
-------	--------	-----

7. ¿Alguien abrió una nueva cuenta bancaria, o los montos en las cuentas existentes han aumentado?

No Sí, liste a continuación

Monto total en todas las cuentas bancarias _____

¿Qué puedo escoger informar?

No tiene que reportar las respuestas a estas preguntas. Puede recibir más beneficios si las reporta.

8. Si no se ha mudado, ¿su alquiler o hipoteca aumentaron?

Liste su porción de la renta o hipoteca _____

9. ¿Ha iniciado el pago de cuidado de niños o de personas dependientes, o sus costos han aumentado?

Enviar prueba

Señale la razón de la atención Trabajo Escuela Otra (explique) _____

Monto del cuidado de niños o dependientes _____

¿Los cambios que informe continuarán?

Después de responder la pregunta, asegúrese de firmar y fechar al final de esa página.

10. ¿Espera que los cambios que informó en este formato sean iguales para el mes siguiente?

Sí No, liste el cambio que no será igual _____

Su firma y entendimiento

Entiendo lo que puede pasar si oculto o suministro información errada.

Accedo a suministrar pruebas de cualquier cambio que informe.

Los agentes federales, la oficina de Food Assistance, la unidad de Control de Calidad y otros agentes estatales pueden ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener pruebas sobre mi información.

Entiendo que mis gastos pueden ser usados para determinar cuánta Food Assistance reciba. Entiendo que puedo hacer que estos gastos se incluyan en el cálculo de mis beneficios de Food Assistance reportándolos y dando prueba de ellos. Si no reporto o doy prueba de un gasto, habré elegido no reclamar dicho gasto. Puedo reportar y dar prueba del gasto posteriormente, y el gasto puede ser usado para meses futuros.

Yo se que lo que reporté puede hacer que mis beneficios se reduzcan, aumenten o se suspendan.

Certifico, bajo la gravedad del juramento, que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender.

Firma/marca

Fecha de hoy (mes, día, año)

Número de teléfono

Reglas para el Programa de Food Assistance

Siga estas reglas:

- **No** oculte o suministre información errada a propósito para obtener los beneficios de Food Assistance.
- **No** use los beneficios de Food Assistance para intentar comprar bienes diferentes de alimentos, como alcohol o tabaco.
- **No** comercie o venda los beneficios de Food Assistance.
- **No** use los beneficios de Food Assistance de otra persona para usted.

Sanciones del Programa de Food Assistance

Cualquier persona que rompa las reglas anteriores:

- Puede no obtener los beneficios de Food Assistance por **1 año la primera vez, 2 años la segunda vez y para siempre la tercera vez;**
- Puede ser multado hasta con \$250,000 o ser encarcelado hasta por 20 años, o ambas cosas; y
- Puede ser excluido de Food Assistance por 18 meses adicionales si así lo determina la corte.

Si algún tribunal le encuentra culpable de comprar, vender o comerciar con más de \$500 en beneficios de Food Assistance, perderá sus beneficios para siempre.

Si algún tribunal le encuentra culpable de cambiar los beneficios de Food Assistance por armas, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.

Si algún tribunal le encuentra culpable de cambiar los beneficios de Food Assistance por sustancias controladas, perderá dichos beneficios por dos años la primera vez, y para siempre la segunda vez.

Usted no recibirá Food Assistance por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener Food Assistance en más de un estado a la vez. Esta sanción se presenta si brinda información errada acerca de quién es usted o de dónde vive.

Brindar información errada a propósito puede resultar en que tomemos una acción legal en su contra, bien sea penal o civil. También puede significar que reduzcamos sus beneficios o que le cobremos dinero.

Usted tiene derecho a apelar

Usted o la persona que le esté ayudando pueden pedir una audiencia de apelación en forma verbal o escrita si no está de acuerdo con cualquier acción que se tome en relación con su caso. Puede contactar a su oficina del condado de DHS para saber sobre servicios legales disponibles con base en su capacidad de pago. También puede llamar a Iowa Legal Aid al 1-800-532-1275. Si usted vive en Polk County, llame al 243-1193.

No será discriminado(a)

De acuerdo con las leyes federales y la política del U.S. Department of Agriculture, esta institución tiene prohibido discriminar con base en la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, la religión, las creencias políticas o incapacidad. Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a: USDA - Director Office for Civil Rights, Rm 326-W Whitten Bldg, 1400 Independence Ave SW, Washington DC 20250-9410, o llamar al 1-800-795-3272 (Voz) o al (202) 720-5964 (TDD).