

Iowa Department of Human Services  
**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 coetillas 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?

No  Sí, liste a continuación

**Enviar prueba**

**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?  No  Sí, liste a continuación y **Enviar prueba**

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 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).