



Formulario de Informe de Seis Meses para *FoodShare* y/o Cuidado Infantil — *FoodShare and/or Child Care Six Month Report Form*

Si su familia es aprobada para recibir los beneficios de *FoodShare* por un período de doce meses, se le enviará un Formulario de Informe de Seis Meses para *FoodShare* y/o Cuidado Infantil. Este formulario se debe llenar y enviar a su oficina de *FoodShare* a los seis meses para poder recibir beneficios por el período completo de doce meses.

Este formulario también se usa para el programa de Cuidado Infantil por lo tanto si usted recibe ayuda por parte de ambos programas usted recibirá un segundo formulario que le preguntará sobre cuidado infantil. Si usted tiene preguntas sobre cuidado infantil llame al 1-888-713-5437.

Se le enviará un aviso en el cuarto mes del período de sus beneficios. El aviso es para dejarle saber que el formulario le será enviado el mes próximo. También se le pedirá que guarde sus talonarios de pagos y las pruebas de sus respuestas.

El formulario y las instrucciones le serán enviados durante la última semana del quinto mes. Después de haber llenado el formulario, envíe el formulario y las pruebas de sus repuestas a la oficina de *FoodShare*, en la fecha indicada en la parte superior del formulario. Si se le pierde el formulario o si no lo recibe, llame a su oficina de *FoodShare* y pida un nuevo formulario. Si tiene preguntas sobre el formulario después de recibirlo, usted puede llamar a su trabajador.

Usted debe responder a todas las preguntas en el formulario. El formulario hace preguntas sobre:

- Dirección nueva y cambios en los gastos de viviendas y servicios públicos
- Cambio en la obligación legal de pagar por sustento de un menor(es),
- Cambios en la composición del hogar [personas que se mudan dentro o fuera del hogar, o recién nacidos,
- Ingreso de trabajo o salario para todos los miembros de unidad de alimento (*food unit members*) empleado o con trabajo propio, y
- Fuentes de ingreso no ganado y cantidades para todos los miembros de unidad de alimento.



NOTA: Si usted no devuelve el formulario, su caso de *FoodShare* cerrará. Si usted devuelve el formulario y no respondió a todas las preguntas, o no lo firmó, se le enviará para atrás y usted tendrá que enviarlo de nuevo.

Para más información:

- Comuníquese con Servicios para Beneficiarios al 1-800-362-3002 (voz) 711 (TTY) (TTY y servicios de traducción disponible);
- Visite a nuestro sitio web al: dhs.wisconsin.gov/foodshare; o
- Contacte a su oficina de *FoodShare*.

El *Department of Health Services* es un empleador que ofrece las mismas oportunidades y servicios a todos. Si usted tiene una discapacidad y necesita acceder a esta información en un formato distinto, o lo necesita traducido a otro idioma, por favor llame al (608) 266-3356 o 1-888-701-1251 (TTY). Todos los servicios de traducción son gratuitos. Para preguntas sobre los derechos civiles llame al (608) 266-9372 o 1-888-701-1251 [TTY].

En conformidad con la ley Federal y la política del *U.S. Department of Agriculture*, está prohibido que esta institución discrimine por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410* o llame al 1-800-795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). *USDA* es un empleador y proveedor que ofrece oportunidad igual a todos.



State of Wisconsin
Department of Health Services

P-16078S (02/09)