

CAMBIO EN EL PAGO DE SUSTENTO DE MENORES

Debe informar cualquier cambio en la obligación legal de algún miembro de la familia de pagar sustento de menores.

Nombre de la persona que por orden judicial debe pagar sustento de menores Número de orden judicial
Fecha de la orden judicial o fecha en que la orden fue cambiada
Monto de la orden de sustento de menores

OTROS CAMBIOS

Informe cualquier otro cambio que pueda afectar su elegibilidad. Algunos ejemplos de otros cambios son la adquisición o la recuperación de una discapacidad y el abandono de los estudios. Incluya la fecha del cambio.

¿Cree que los cambios que ha informado en este formulario seguirán vigentes el próximo mes? Sí No
En caso de respuesta negativa, explique.

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELATIVAS A FOODSHARE

Ningún miembro de su familia que intencionalmente realice alguna de las acciones mencionadas a continuación podrá acceder al programa *FoodShare* por un período de 12 meses después de la primera infracción, por un período de 24 meses en caso de una segunda infracción o de la primera si involucra sustancias controladas y permanentemente en caso de una tercera infracción. Tales acciones son:

- el suministro de información falsa o el encubrimiento de información para obtener los beneficios de FoodShare;
- el intercambio comercial, la venta o alteración de los beneficios de FoodShare;
- el uso de los beneficios para la compra de artículos no alimenticios, como alcohol o tabaco;
- el uso de los beneficios, la tarjeta de identificación o cualquier documentación de otra persona.

Según el valor de los beneficios utilizados incorrectamente, el individuo podrá, además, ser multado por un valor de hasta \$250,000, encarcelado por un período de hasta 20 años o ambas cosas. Además, una corte podrá denegarle el acceso al programa por un plazo adicional de 18 meses. Asimismo, será descalificado legalmente de por vida si se lo condena por tráfico de beneficios de FoodShare por un valor de \$500 o superior. Si se descubre que usted ha informado o declarado fraudulentamente sobre su identidad y residencia a fin de recibir más de un beneficio al mismo tiempo, no podrá tener acceso al programa por un plazo de 10 años. Los evasores de la justicia o transgresores de la libertad condicional o vigilada no son elegibles para el programa. El individuo, además, podrá ser procesado en función de otras leyes federales aplicables.

Gastos: Sé que los gastos que informo como, por ejemplo, los de vivienda, servicios, cuidado de niños, sustento de menores o costos médicos, pueden influir en el nivel de beneficios de FoodShare que recibirá mi familia. Sé que si no informo o demuestro un gasto significa que no deseo recibir la deducción correspondiente.

Reducción de ingresos: Comprendo que, si bien no estoy obligado a informar acerca de una reducción o pérdida de ingresos, si lo hago podría recibir un aumento en mis beneficios de FoodShare. Además, comprendo que si no informo acerca de una reducción o pérdida de ingresos mensuales en mi hogar, no recibiré ningún tipo de aumento en mis beneficios de FoodShare.

Entiendo que se aplican sanciones por encubrir información o por suministrar información falsa. También entiendo que tendré que pagar los beneficios recibidos por no informar todos y cada uno de los cambios en mi situación. Convengo en presentar evidencias de cualquier cambio si se me requiriera hacerlo. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas, según mi leal saber y entender.

El SSN será empleado para la administración del programa *FoodShare*. El SSN permite realizar una verificación computarizada de la información que usted suministra con entidades gubernamentales tales como el *Internal Revenue Service (IRS)*, la *Social Security Administration (SSA)* y el *Department of Workforce Development* así como también el *School Lunch Program*. Los números de *Social Security* también son utilizados para corroborar la identidad de los miembros de la familia y los ingresos con fuentes tales como empleadores, bancos, etc.

FIRMA - Participante	Fecha de la firma	Número de teléfono diurno ()
----------------------	-------------------	---------------------------------------

GUARDE EL FORMULARIO COMPLETADO EN EL EXPEDIENTE DEL CASO