

**WISCONSIN FOODSHARE
SOLICITUD
(WISCONSIN FOODSHARE APPLICATION)**

INSTRUCCIONES

Firme y escriba su nombre y dirección para fijar la fecha a partir de la cual comenzarán sus beneficios. Esto se denomina “fijar su fecha de presentación”.

Puede presentar solo la información que figura en esta página (nombre, dirección y firma) o completar toda la solicitud.

Si necesita beneficios de inmediato, complete la sección “Servicios Prioritarios de FoodShare” y preséntela junto con la primera página. Si lo hace, puede recibir beneficios alimentarios dentro de los siete días desde la presentación de la solicitud.

Con todas las solicitudes, debe realizar una entrevista con su agencia por teléfono o de forma presencial. Si completa toda la solicitud, se puede reducir el tiempo que demora la entrevista y el proceso de certificación.

Tiene derecho a presentar su solicitud en cualquier momento. Su solicitud se tramitará en cuanto sea posible, pero, a más tardar, 30 días desde la fecha de recepción.

Si dejó de recibir sus beneficios de FoodShare en los últimos 30 días, puede ser elegible para volver a recibirlos. Comuníquese con su agencia para volver a recibir sus beneficios de FoodShare sin completar nuevos formularios.

¡Puede solicitarlos en línea o por teléfono! Llame a su agencia local o solicítelos en línea en [access.wi.gov](https://www.wisconsin.gov). Si los solicita en línea, puede completar las solicitudes de FoodShare y atención médica al mismo tiempo.

Nombre del solicitante (nombre, segundo nombre, apellido)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

FIRMA: solicitante o representante autorizado

Fecha (MM/DD/AAAA)

Solicitudes por correo o fax

Si vive en el condado de Milwaukee:

MDPU
6055 North 64th Street
Milwaukee, WI 53218

O por fax al: 888-409-1979

Si no vive en el condado de Milwaukee:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

O por fax al: 855-293-1822

Si tiene una discapacidad y necesita esta solicitud en un formato alternativo o traducida, comuníquese con su agencia. Para obtener el número telefónico de la agencia, diríjase a www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm o llame a Servicios para Miembros al 800-362-3002. Todos los servicios de traducción y de TTY son gratuitos.

Un representante autorizado puede completar y firmar este formulario en su nombre. Para nombrar a un representante autorizado, complete y envíe el formulario *F10126A*, Nombrar, cambiar o quitar a un representante autorizado: persona, o el formulario *F10126B* Nombrar, cambiar o quitar a un representante autorizado: organización. Para obtener este formulario, llame al 800-362-3002 o visite www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

OPCIONAL: SERVICIOS PRIORITARIOS DE FOODSHARE

Si necesita ayuda de forma urgente, solicitar los servicios prioritarios de FoodShare puede ayudarlo a conseguir los beneficios que necesita en un plazo de siete días desde que se fijó su fecha de presentación. Complete esta página y envíela junto con la primera página o el resto de la solicitud para saber si es elegible.

Puede recibir beneficios prioritarios en cualquiera de los siguientes casos:

- Tiene disponibles \$100 en efectivo o menos en su hogar o en el banco y sus ingresos serán menores de \$150 este mes.
- Debe pagar el alquiler, la hipoteca o los servicios públicos de su hogar, los cuales superan sus ingresos mensuales brutos totales (dinero en efectivo disponible o en cuentas bancarias) de este mes.
- En su hogar, hay un trabajador agrícola temporal o migrante que dejó de percibir dinero.

Nombre del solicitante (nombre, segundo nombre, apellido)

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Conteste las siguientes preguntas para que consideremos brindarle un servicio más rápido.

¿Cuáles son los ingresos brutos totales (antes de impuestos u otras deducciones) previstos en su hogar este mes?	\$
--	----

¿Cuáles son los activos disponibles totales de su hogar (por ejemplo, dinero en efectivo, dinero en cuentas corriente o cuentas de ahorro, o una suma global de dinero)?	\$
--	----

¿Cuánto pagará por su vivienda en total (por ejemplo, alquiler o hipoteca) este mes?	\$
--	----

¿Su hogar recibió beneficios del programa FoodShare de Wisconsin este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Su hogar recibió beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, SNAP) (cupones para alimentos, transferencia electrónica de beneficios) en otro estado este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Actualmente vive en un refugio para víctimas de violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Alguna persona que viva en su hogar es un trabajador agrícola temporal o migrante que dejó de percibir dinero y que no espera ganar más de \$25 en los próximos 10 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Si paga los servicios públicos de su hogar, conteste las siguientes preguntas.

Si paga el alquiler, ¿incluye la calefacción?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Marque los casilleros de los servicios públicos de su hogar que debe pagar y si se usan para calefaccionar su hogar.

¿Paga este servicio público?	Se utiliza para la calefacción	¿Paga este servicio público?	¿Se utiliza para la calefacción?
<input type="checkbox"/> Gas (natural)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Aceite combustible o queroseno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Carbón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Gas propano líquido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Marque los casilleros de los servicios públicos de su hogar que debe pagar.

Teléfono Agua Cloaca Recolección de basura Cargo adicional por aire acondicionado Otro

OPCIONAL: SOLICITUD COMPLETA

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE CONTACTO

Indíquenos cómo podemos comunicarnos con usted. Incluya el código de área de todos los números de teléfono.

Número de teléfono	Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral	
Otro número de teléfono	¿De quién es este número de teléfono? <input type="checkbox"/> Mío <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro	¿Cómo se llama esta persona?

Correo electrónico

¿Cómo le gustaría recibir sus cartas? Correo postal Correo electrónico – ACCESS

¿Tiene otra dirección de correo postal aparte de dónde vive?

Sí No

Si respondió afirmativamente, escriba la dirección donde recibe el correo.

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

¿Actualmente se encuentra sin hogar?*

Sí No

*Sin hogar significa que no tiene un lugar a largo plazo en donde pasar las noches. Incluye quedarse en un refugio, en el hogar de un amigo o familiar, o no tener ningún lugar al que poder ir.

Si no tiene hogar, omita la pregunta sobre la dirección. Si actualmente no tiene hogar ni dirección de correo, su correo se enviará a su agencia local.

¿Qué método y horario prefiere para comunicarse con usted?

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Si completa esta solicitud para otra persona, conteste el resto de las preguntas como si fuera esa persona.

Es obligatorio por ley que toda persona que solicite beneficios brinde su Social Security Number (Número de Seguro Social), en caso de tenerlo. Ayuda a determinar la elegibilidad y los montos de los beneficios. Si no tiene un Social Security Number (Número de Seguro Social), puede solicitar uno en www.ssa.gov/number-card.

Nota: No tiene que contestar las preguntas sobre etnia y raza si no lo desea. Hacemos estas preguntas con el fin de mejorar nuestros programas y asegurarnos de que no se discrimine por motivos étnicos o raciales. Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión con respecto a su elegibilidad para el programa o el monto de los beneficios.

Social Security Number (Número de Seguro Social)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a
Ciudadano de EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia (opcional) <input type="checkbox"/> Hispánica o latina <input type="checkbox"/> No hispanica o latina <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

Raza (opcional): marque todas las opciones que correspondan

Nativa americana/de Alaska Asiática No lo sé
 Nativa de Hawái/otras islas del Pacífico Caucásica Otra
 Negra/afroamericana Prefiero no responder

Idioma principal que se habla en su hogar	¿En qué idioma quiere recibir las cartas de FoodShare?
---	--

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR

Complete esta sección sobre las personas que viven con usted. Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel en blanco y agréguela a la solicitud.

Es obligatorio por ley que toda persona que solicite beneficios públicos brinde su Social Security Number (Número de Seguro Social, SSN), en caso de tenerlo. Ayuda a determinar la elegibilidad y los montos de los beneficios. Si no conoce el SSN de alguien que vive con usted, o no tiene uno, igualmente incluya a esa persona en esta sección.

Nota: No tiene que contestar las preguntas sobre etnia y raza si no lo desea. Hacemos estas preguntas con el fin de mejorar nuestros programas y asegurarnos de que no se discrimine por motivos étnicos o raciales. Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión con respecto a su elegibilidad para el programa o el monto de los beneficios.

Persona 1 (solicitante)

Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		¿Esta persona desea obtener FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Social Security Number (Número de Seguro Social)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	
Ciudadano de EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia (opcional) <input type="checkbox"/> Hispánica o latina <input type="checkbox"/> No hispánica o latina <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Raza (opcional): marque todas las opciones que correspondan <input type="checkbox"/> Nativa americana/de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Relación con el solicitante	¿Compra comida y come la mayoría de las veces con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le brinda cuidados a esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Persona 2

Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		¿Esta persona desea obtener FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Social Security Number (Número de Seguro Social)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	
Ciudadano de EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia (opcional) <input type="checkbox"/> Hispánica o latina <input type="checkbox"/> No hispánica o latina <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Raza (opcional): marque todas las opciones que correspondan <input type="checkbox"/> Nativa americana/de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Relación con el solicitante	¿Compra comida y come la mayoría de las veces con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le brinda cuidados a esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Persona 3

Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		¿Esta persona desea obtener FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Social Security Number (Número de Seguro Social)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	
Ciudadano de EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia (opcional) <input type="checkbox"/> Hispánica o latina <input type="checkbox"/> No hispánica o latina <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Raza (opcional): marque todas las opciones que correspondan <input type="checkbox"/> Nativa americana/de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Relación con el solicitante	¿Compra comida y come la mayoría de las veces con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le brinda cuidados a esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Persona 4

Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		¿Esta persona desea obtener FoodShare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Social Security Number (Número de Seguro Social)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	
Ciudadano de EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia (opcional) <input type="checkbox"/> Hispánica o latina <input type="checkbox"/> No hispánica o latina <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Raza (opcional): marque todas las opciones que correspondan <input type="checkbox"/> Nativa americana/de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Relación con el solicitante	¿Compra comida y come la mayoría de las veces con esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le brinda cuidados a esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel.

¿Alguna persona en su hogar que tenga entre 18 y 49 años realiza un estudio superior (por ejemplo: va a un instituto técnico o a la universidad)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió negativamente, vaya a la Sección 5.	¿Las clases son extracurriculares? Las clases extracurriculares que no forman parte del plan de estudios regular incluyen, entre otros, estudios de nivelación, educación continua o comunitaria, desarrollo profesional, Inglés como segundo idioma (ESOL/ESL) y desarrollo de la fuerza laboral. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió negativamente, vaya a la Sección 5.
Nombre de la escuela	El estudiante se inscribió en la siguiente jornada: <input type="checkbox"/> Menos de media jornada <input type="checkbox"/> Media jornada o más <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Otra

Nombre del estudiante que realiza un estudio superior (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

¿El estudiante no puede trabajar debido a una discapacidad temporal o permanente?

Sí No

¿Está inscrito en Wisconsin Works (Wisconsin Trabaja, W-2) u otro programa financiado por la TANF (Temporary Assistance to Needy Families, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) en virtud del Título IV de la Social Security Act (Ley de Seguro Social)?

Sí No

¿El estudiante trabaja al menos 20 horas semanales?

Sí No

¿El estudiante trabaja de forma autónoma?

Sí No

¿El estudiante participa en un programa de estudio de trabajo financiado por el gobierno federal o estatal?

Sí No

¿El estudiante trabaja en un programa de pasantía remunerada?

Sí No

¿El estudiante cuida a un niño menor de 6 años?

Sí No

¿El estudiante cuida a un niño de entre 6 y 12 años, pero no cuenta con un cuidado infantil adecuado?

Sí No

¿El estudiante es madre/padre soltero, cuida a un niño menor de 12 años y va a escuela a jornada completa?

Sí No

¿El estudiante va a la escuela debido a una colocación en virtud de la Workforce Innovation and Opportunity Act (Ley de Oportunidades y de Innovación de la Fuerza Laboral, WIOA), la Trade Act of 1974 (Ley de Comercio de 1974, TAA), W-2, FoodShare Employment and Training (Programa de Empleo y Formación FoodShare, FSET) u otro programa de empleo y formación?

Sí No

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL HOGAR

¿La Social Security Administration (Administración del Seguro Social), la Veterans Administration (Administración de Veteranos) o la Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios) determinó que alguna persona en su hogar tiene incapacidad total?

Sí No

Nombre(s) completo(s) de la(s) persona(s) con discapacidad (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de la determinación de la discapacidad (mm/dd/aaaa)

¿Alguna persona en su hogar no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión (mental o física)?

Sí No

Nombre(s) completo(s) de la(s) persona(s) incapacitada(s) para trabajar (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de determinación de la incapacidad laboral (mm/dd/aaaa)

¿Alguna persona en su hogar está embarazada?

Sí No

Nombre(s) completo(s) de la(s) persona(s) embarazada(s) (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

¿Alguna persona en su hogar tiene entre 18 y 24 años y estuvo en un hogar de acogida, bajo una tutela subvencionada o con una familia de acogida por orden judicial cuando cumplió los 18 años?

Sí No

Nombre(s) completo(s) de la(s) persona(s) que tiene(n) entre 18 y 24 años y estuvieron en un hogar de acogida, bajo una tutela subvencionada o con una familia de acogida por orden judicial cuando cumplieron los 18 años (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

¿Alguna persona en su hogar es veterano del ejército de EE. UU. y ha sido relevado por cualquier motivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre(s) completo(s) de la(s) persona(s) veterana(s) (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	
¿Alguna persona en su hogar participa regularmente en un programa de trastornos por consumo de sustancias (esto no incluye los programas de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre(s) completo(s) de la(s) persona(s) que participa(n) en el tratamiento (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	
¿Alguna persona en su hogar es el cuidador principal de un niño menor de 6 años o de otra persona que no puede cuidar de sí misma (ya sea que viva o no en su hogar)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre(s) completo(s) de la(s) persona(s) que presta(n) los cuidados (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	
¿Alguna persona en su hogar participa en un programa de empleo? Por ejemplo, los programas de trabajadores desplazados, Wisconsin Works (W-2) u otro programa tribal financiado por la TANF. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre(s) completo(s) de la(s) persona(s) que participa(n) en un programa de empleo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	
¿Alguna persona en su hogar fue condenada por un delito relacionado con drogas en los últimos cinco años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre completo de la persona condenada por un delito relacionado con drogas (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de la condena (mm/dd/aaaa)
¿Alguna persona en su hogar se fugó estando cumpliendo una condena o infringe la libertad condicional o libertad bajo palabra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre completo de la persona que se fugó estando cumpliendo una condena o que infringe la libertad condicional o libertad bajo palabra (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		

SECCIÓN 6 - ACTIVOS

La información sobre activos solo es necesaria si solicita beneficios de emergencia o si vive en un hogar con personas mayores, con ceguera o con discapacidad.

Indique todos los activos que tiene(n) el/los solicitante(s). Incluya los activos que sean de propiedad conjunta con otra persona. "Activos disponibles" significa todo activo que se pueda cambiar por efectivo en cualquier momento.

Indique los artículos como dinero en efectivo, cuentas corrientes, cajas de ahorro, tarjetas de débito prepagas, certificados de depósito (CD), fondos fiduciarios, acciones, bonos (no destinados a gastos educativos o funerarios), intereses por anualidades, bonos de ahorro de los Estados Unidos, acuerdos de división de bienes, contratos para escrituras, tiempos compartidos, alquiler de una propiedad, usufructos vitalicios o bienes personales para fines de inversión. No incluya el valor de las pertenencias personales del hogar.

Tipo de activo	Nombre del/de los propietario(s)	Valor actual	Descripción (como el nombre del banco o de la institución financiera; incluya otro tipo de activo aquí)
Dinero en efectivo		\$	
Cuenta corriente		\$	
Caja de ahorro		\$	
Otro tipo de activo		\$	
Otro tipo de activo		\$	
Otro tipo de activo		\$	

SECCIÓN 7: INGRESOS Y SALARIOS LABORALES

La inscripción en FoodShare se basa en los ingresos brutos (antes de impuestos o deducciones) totales del hogar. El trabajo autónomo se debe indicar en la Sección 9. Si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel.

¿Alguna persona que vive en su hogar trabaja?

Sí No

Si respondió afirmativamente, conteste las siguientes preguntas para cada miembro del hogar que trabaje.

¿Alguien es un trabajador migrante?

Sí No

Persona 1

Nombre completo de la persona que trabaja
(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de inicio del trabajo (mm/dd/aaaa)

Nombre del empleador

Dirección del empleador

¿Cuán a menudo esta persona recibe dinero? (Seleccione alguna de las siguientes opciones)

Todas las semanas

De forma quincenal
(cada dos semanas)

Una vez al mes

De forma bimensual
(dos veces al mes)

Otro (brinde detalles):

¿Cuántas horas trabaja según el cheque
de pago?

Ingresos brutos (antes de impuestos o deducciones) por cheque de
pago
\$

¿Esta persona trabaja por hora?

Sí No Si respondió afirmativamente, ¿cuánto gana esta persona por hora? \$

¿Esta persona recibe un salario?

Sí No Si respondió afirmativamente, ¿de cuánto es el salario de esta persona? \$

¿Esta persona recibe propinas o alguna remuneración que no sean los sueldos o salarios por hora?

Sí No Si respondió afirmativamente, ¿cuánto gana esta persona por período de pago? \$

Persona 2

Nombre completo de la persona que trabaja
(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de inicio del trabajo (mm/dd/aaaa)

Nombre del empleador

Dirección del empleador

¿Cuán a menudo esta persona recibe dinero? (Seleccione alguna de las siguientes opciones)

Todas las semanas

De forma quincenal
(cada dos semanas)

Una vez al mes

De forma bimensual
(dos veces al mes)

Otro

¿Cuántas horas trabaja según el cheque
de pago?

Ingresos brutos (antes de impuestos o deducciones) por cheque de
pago
\$

¿Esta persona trabaja por hora?

Sí No Si respondió afirmativamente, ¿cuánto gana esta persona por hora? \$

¿Esta persona recibe un salario?

Sí No Si respondió afirmativamente, ¿de cuánto es el salario de esta persona? \$

¿Esta persona recibe propinas o alguna remuneración que no sean los sueldos o salarios por hora?

Sí No Si respondió afirmativamente, ¿cuánto gana esta persona por período de pago? \$

SECCIÓN 8: PÉRDIDA DEL EMPLEO

¿Alguna persona en su hogar perdió su empleo hace poco?

Sí No Si respondió afirmativamente, complete el resto de la Sección 8.

Nombre completo de la persona que perdió el empleo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha del fin de la relación laboral (mm/dd/aaaa)

Nombre y dirección del empleador

Motivo del fin de la relación laboral

Renuncia Despido Cese

Otro: _____

¿Esta persona solicitó seguro de desempleo?

Sí No Si respondió afirmativamente, ¿cuándo lo hizo?

(mm/dd/aaaa)

SECCIÓN 9: INGRESOS POR TRABAJO AUTÓNOMO

Díganos todo ingreso por trabajo autónomo que tenga usted o alguien en su hogar. Incluya los ingresos recibidos incluso si no presentó su declaración de impuestos. Los ejemplos de trabajo autónomo incluyen ser dueño de una empresa, alquilar propiedades, o cualquier intercambio de bienes o servicios por dinero. Si necesita más espacio o si más de una persona trabaja de forma autónoma, utilice otra hoja de papel.

¿Alguna persona en su hogar trabaja de forma autónoma?

Sí No Si respondió afirmativamente, complete el resto de la Sección 9.

Nombre completo de la persona con trabajo autónomo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Nombre de la empresa

Dirección de la empresa

Tipo de empresa

Sociedad colectiva Sociedad anónima de tipo S Trabajador independiente Sociedad anónima Otra

No lo sé

Área de la empresa (agricultura, cuidados en el hogar por día)

Fecha de inicio de actividades

¿Esta empresa presentó su declaración de impuestos? Sí No

Si respondió afirmativamente, ¿cuál fue el último año en el que la empresa presentó su declaración de impuestos?

¿La empresa tuvo algún cambio importante en los ingresos o gastos desde la última declaración de impuestos?

Sí No No lo sé

En promedio, ¿cuáles son los ingresos brutos mensuales de la empresa? Indique los ingresos antes de deducir los gastos. \$

En promedio, ¿cuáles son los gastos totales mensuales de la empresa?

\$

En promedio, ¿cuántas horas por mes trabaja esta persona para esta empresa?

SECCIÓN 10: INGRESOS EN ESPECIE O POR VOLUNTARIADO Y OTROS INGRESOS

Indique todo trabajo en especie (conseguir bienes, servicios o alimentos a cambio de trabajo) o voluntario que haga alguna persona en su hogar. Si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel.

Nombre de la persona u organización que brinda bienes, servicios o alimentos a cambio de trabajo o servicios

Dirección		Número de teléfono
Ciudad	Estado	Código postal
¿Qué hace a cambio de bienes, servicios o alimentos?		
¿Cuántas horas por mes?		Fecha de inicio

Nombre de la persona u organización

Dirección		Número de teléfono
Ciudad	Estado	Código postal
¿Cuántas horas por mes hace voluntariado?		Fecha de inicio

SECCIÓN 11: OTROS INGRESOS

Si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel.

¿Alguna persona en su hogar recibe otros ingresos?

Sí No Si respondió afirmativamente, complete la siguiente sección para cada tipo de ingreso.

Tipo de ingreso	¿Cómo lo obtiene?	Nombre de la persona que recibe este ingreso	Monto mensual bruto (antes de impuestos o deducciones)
Social Security (Seguro Social)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario, SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Manutención infantil o pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Indemnización por accidente de trabajo o desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Compensación por discapacidad o licencia paga por enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Intereses o dividendos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Pagos para cuidados de crianza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Pagos para cuidados por pariente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

SECCIÓN 12: GASTOS

Cuidado de dependientes: ¿alguna persona en su hogar para por cuidados para niños o adultos para poder trabajar, buscar trabajo, ir a la escuela o capacitarse?
 Sí No

Nombre completo de la persona que paga por el cuidado para niños o adultos (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	¿A quién contrata para brindar este cuidado para niños o adultos? (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre del niño o del adulto que recibe cuidados (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)
Monto \$	¿Cuán a menudo paga por esto? (Seleccione alguna de las siguientes opciones) <input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> De forma quincenal (cada dos semanas) <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> De forma bimensual (dos veces al mes) <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	

Manutención de menores: ¿alguna persona en su hogar tiene orden judicial de pagar manutención de menores?
 Sí No

Nombre de la persona que paga manutención de menores (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre de la persona que recibe el dinero (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre del niño para quien se paga la manutención (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)
Monto \$	¿Cuán a menudo paga por esto? (Seleccione alguna de las siguientes opciones) <input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> De forma quincenal (cada dos semanas) <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> De forma bimensual (dos veces al mes) <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	

Gastos médicos: ¿alguna persona en su hogar que sea mayor, ciega, o que se haya determinado que tiene una discapacidad, tiene gastos médicos de bolsillo? Para conocer ejemplos, consulte el folleto “Deducciones de gastos médicos y cómo afectan los beneficios de FoodShare” o la página [P-03315B](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b) en www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b.

Sí No

Nombre completo de la persona que tiene gastos médicos (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	¿Qué tipos de gastos médicos?	Monto
	<input type="checkbox"/> Recetas médicas	\$
	<input type="checkbox"/> Facturas de gastos médicos	\$
	<input type="checkbox"/> Copagos	\$
	<input type="checkbox"/> Prima del seguro	\$
	<input type="checkbox"/> Otro	\$
	<input type="checkbox"/> Otro	\$

¿Cuán a menudo paga por esto? (Seleccione alguna de las siguientes opciones)
 Todas las semanas De forma quincenal (cada dos semanas) Una vez al mes
 De forma bimensual (dos veces al mes) Otro (especificar):

Costos de vivienda: ¿alguna persona en el hogar tiene costos de albergue (alquiler, hipoteca, impuestos sobre la propiedad)?
 Sí No

Nombre completo de la persona que tiene gastos de alojamiento (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Costo mensual \$
--	---------------------

¿En concepto de qué es el gasto?

- Alquiler o alquiler del lote
 Hipoteca
 Impuesto sobre la vivienda
 Seguro del propietario
 Pago del préstamo para casas móviles
 Evaluación o impuestos extraordinarios para conceptos como reparación de acerao calles

Costos de servicios públicos:

¿alguna persona en el hogar paga por servicios públicos?
 Sí No

Si alquila, ¿la calefacción se incluye en el alquiler?
 Sí No

Marque los casilleros de los servicios públicos de su hogar que debe pagar y si se usan para calefaccionar su hogar.

¿Paga este servicio público?	¿Se utiliza para la calefacción?
Gas (natural) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Electricidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gas propano líquido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Aceite combustible o queroseno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Carbón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Madera <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Marque los casilleros de los servicios públicos de su hogar que debe pagar.

- Teléfono
 Agua
 Cloaca
 Recolección de basura
 Cargo adicional por aire acondicionado
 Otro: _____

¿Obtiene asistencia para la vivienda (conforme a la Sección 8 u otra vivienda pública subsidiada)?
 Sí No

¿Obtiene asistencia para la energía (WHEAP, LIHEAP, climatización u otra asistencia para la energía de otro estado)?
 Sí No

WISCONSIN FOODSHARE INFORMACIÓN IMPORTANTE

Esta solicitud es para FoodShare, no para Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Wisconsin Shares (asistencia de cuidado infantil) ni Wisconsin Works (Wisconsin Trabaja, W-2). Estos programas pueden serle de utilidad a la hora de pagar atención médica o cuidado infantil, o para encontrar trabajo. Puede solicitar BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid y Wisconsin Shares en línea en access.wi.gov a la vez que solicita FoodShare. Debe comunicarse con su agencia para solicitar W-2.

FoodShare es un derecho, es decir, ayuda todos los meses a personas con bajos ingresos y dificultades para pagar alimentos a que lleguen a fin de mes. No tiene que solicitar W-2 ni otros programas para obtener beneficios de FoodShare. Un hogar generalmente está conformado por personas que viven juntas y comparten comida. El monto de los beneficios de FoodShare que un hogar recibe se basa en su tamaño, gastos e ingresos. Los beneficios de FoodShare se brindan mediante una tarjeta QUEST de Wisconsin, que se utiliza como una tarjeta de débito en almacenes, negocios minoristas en línea o mercados agrícolas que acepten FoodShare.

REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

Está obligado a informar si los ingresos brutos mensuales de su hogar superan el 130 % del federal poverty level (nivel federal de pobreza) para el tamaño de su grupo familiar.

Está obligado a declarar la recepción de cualquier premio importante de lotería o juego ganado en una sola partida, apuesta o boleto antes de que se le retengan impuestos u otros montos.

Es posible que usted o alguien de su grupo familiar tenga que cumplir el requisito de trabajo de FoodShare en algún momento de su período de certificación para seguir recibiendo beneficios de FoodShare. Para cumplir el requisito de trabajo, debe trabajar o participar en un programa de trabajo al menos 80 horas al mes. Si su jornada laboral es inferior a 80 horas al mes, debe comunicarlo.

COMO MIEMBRO DE FOODSHARE, TIENE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.

Sus derechos incluyen los siguientes:

- El derecho a que se le notifique el estado de su inscripción dentro de los 30 días de enviada la solicitud.
- El derecho a obtener beneficios dentro de los siete días si cumple con los requisitos para recibir ayuda inmediata.
- El derecho a no ser víctima de discriminación por ser una persona mayor o debido a su edad, raza, color de piel, nacionalidad, sexo (incluso identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, ideología política, ni por ser víctima de represalia o venganza por su actividad pasada con respecto a los derechos civiles.

Sus responsabilidades incluyen las siguientes:

- Contestar todas las preguntas en su solicitud por completo y con honestidad y firmar para certificar que todas sus respuestas son verdaderas y correctas, bajo pena de perjurio. Esto incluye información sobre el estatus migratorio o de ciudadanía de los miembros que solicitan beneficios.
- Presentar pruebas de toda la información que se necesita para determinar la elegibilidad.
- Informar los cambios necesarios en el plazo que se indica en sus cartas.
- No vender, comercializar ni transferir beneficios.
- Utilizar los beneficios de FoodShare solo para comprar los artículos permitidos.

Las personas que infrinjan las normas de FoodShare pueden ser descalificadas del programa, recibir una multa, ir a la cárcel, o las tres opciones anteriores.

Para obtener más información acerca de sus derechos y responsabilidades, visite www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b.

NOTIFICACIÓN POR ESCRITO

Tiene derecho a recibir una notificación por escrito de su agencia antes de tomar cualquier medida o de reducir sus beneficios de FoodShare. En la mayoría de las medidas, recibirá una carta al menos 10 días antes de que se tome una medida.

AUDIENCIA IMPARCIAL

Tiene derecho a una audiencia imparcial si no está de acuerdo con alguna medida de la agencia. Puede solicitar una audiencia imparcial llamando al 608-266-7709. También puede enviar el formulario de solicitud de audiencia imparcial o una carta en la que solicite una por fax al 608-264-9885 o por correo a la siguiente dirección:

Department of Administration
Division of Hearing and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

Debe enviar su solicitud dentro de los **90 días** desde la fecha de entrada en vigor de sus beneficios de FoodShare según la agencia o, si no está de acuerdo con el monto de estos, en cualquier momento mientras los recibe.

El formulario de solicitud de audiencia imparcial se puede descargar en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm, o puede llamar a la agencia que se menciona en su carta para solicitar una audiencia.

En la mayoría de los casos, si la Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones) recibe su solicitud de audiencia imparcial antes de la fecha de entrada en vigor de la medida, no se detendrán ni reducirán sus beneficios de FoodShare. Puede pedir que se continúen brindando sus beneficios, al menos hasta la emisión del fallo de su apelación. Durante este tiempo, si se produce otro cambio no relacionado, sus beneficios de FoodShare pueden cambiar. En ese caso, recibirá una nueva carta. Si no está conforme con el fallo de la audiencia imparcial, puede apelar y solicitar una segunda audiencia imparcial. Si el fallo de la audiencia imparcial termina o reduce sus beneficios, es posible que tenga que pagar todos los beneficios que obtuvo mientras su apelación estaba en espera. Puede solicitar no recibir beneficios continuos.

Puede representarse a sí mismo en la audiencia o conferencia, u otra persona puede hacerlo por usted. Esta otra persona puede ser un abogado, un amigo u otra persona que elija. No podemos pagarle un abogado. Sin embargo, si reúne los requisitos, puede tener a disposición un servicio legal gratuito. Para obtener más información sobre la asistencia legal gratuita, llame al 888-278-0633.

Si usted o su representante no se presentan a la audiencia imparcial sin justificativo, se considera que abandonó su apelación, y esta se desestimará.

TUTOR LEGAL, CUSTODIO O REPRESENTANTE POR PODER NOTARIAL

Si tiene un tutor legal, un custodio o un representante por poder notarial, esta persona puede completar y enviar el formulario por usted. Esa persona también deberá enviar los documentos en los que se certifique su nombramiento junto con este formulario.

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN, USO DE LOS SOCIAL SECURITY NUMBERS (NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL) E INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

La recopilación de esta información, incluido el Social Security Number (Número de Seguro Social) de cada miembro del hogar, está autorizada por la Food and Nutrition Act of 2008 (Ley de Alimentos y Nutrición de 2008), con la enmienda 7 U.S.C. 2011-2036. La información se utilizará para determinar si su hogar puede participar o seguir participando en SNAP.

La información se utilizará para determinar si su hogar puede recibir o seguir recibiendo beneficios.

La información que entregue se verificará mediante programas informáticos de comparación. Esta información también se utilizará para monitorear el cumplimiento de las reglas del programa y para la gestión del mismo.

Esta información puede ser divulgada a otras agencias federales y estatales para su examinación oficial, y a la policía para la detención de quienes se encuentren fugitivos de la ley.

Si surge un reclamo de SNAP en contra de su hogar, la información que figura en esta solicitud, incluidos todos los Social Security Numbers (Números de Seguro Social), se puede enviar a las agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamos, para acciones de cobro de reclamos.

El suministro de la información solicitada, incluidos los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, si una persona no brinda un Social Security Number (Número de Seguro Social) sin justificativo, se le negarán los beneficios de SNAP. Todo Social Security Number (Número de

Seguro Social) provisto se usará y divulgará de la misma manera que los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) de los miembros del hogar elegibles.

Su Social Security Number (Número de Seguro Social) no será compartido con el United States Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos, USCIS).

Los beneficios de FoodShare no cuentan como causal de inadmisibilidad por motivos de carga pública.

ESTATUS MIGRATORIO

Para poder recibir beneficios de FoodShare, debe ser ciudadano de los EE. UU. o tener un estatus migratorio elegible ante el USCIS. Se verificará con el USCIS el estatus migratorio de todas las personas que soliciten FoodShare a través de SAVE, lo que puede afectar la inscripción y los beneficios de FoodShare. **No** se verificará con el USCIS el estatus migratorio de ninguna persona que no esté solicitando FoodShare o que indique que no tiene un estatus migratorio elegible ante el USCIS. Sin embargo, los ingresos de esas personas pueden afectar la inscripción o los beneficios de FoodShare.

REVISIÓN DE CONTROL DE CALIDAD

El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin puede elegir su caso de FoodShare de manera aleatoria para una revisión de control de calidad. Una revisión de control de calidad de FoodShare es una revisión de su caso de FoodShare para asegurarse de que la agencia que lo inscribió en FoodShare haya concedido sus beneficios de forma correcta conforme a las normas del gobierno federal. Debe colaborar con la revisión de control de calidad conforme a las leyes federales. Si no brinda la información requerida ni colabora con la revisión, se podría cerrar su caso de FoodShare. Si esto sucede, se le informará por cuánto tiempo estará cerrado su caso.

REGLAS BÁSICAS DE TRABAJO PARA PERSONAS DE 16 A 59 AÑOS

Todos los solicitantes y miembros de FoodShare de 16 a 59 años deben cumplir con las reglas básicas de trabajo como condición para poder ser elegibles para FoodShare, a menos que se considere que están exentos de ello. El cumplimiento con las reglas básicas de trabajo incluye registrarse para trabajar al momento de presentar la solicitud mediante la provisión de suficiente información sobre su situación laboral o disponibilidad para trabajar.

Está exento de cumplir con las reglas básicas de trabajo en **cualquiera** de los siguientes casos:

- Tiene 16 o 17 años y no es la persona principal en el grupo de FoodShare.
- Tiene 16 o 17 años y es la persona principal en el grupo de FoodShare, pero va a la escuela, o asiste a un programa de empleo y capacitación de al menos media jornada.
- Se determina que no es apto para trabajar. Esto corresponde en los siguientes casos:
 - Obtiene beneficios por discapacidad temporal o permanente del gobierno o de una fuente privada.
 - Su agencia determina que está mental o físicamente incapacitado para trabajar.
 - Se verifica que no puede trabajar mediante una declaración de un profesional de la salud o trabajador social.
- Está inscrito en W-2 y cumple con los requisitos de trabajo de W-2.
- Es el cuidador principal de un niño dependiente menor de 6 años (ya sea que viva o no en su hogar). Sin embargo, si usted y otra persona tienen el control parental del niño, solo uno de ustedes puede estar exento de los requisitos de inscripción laboral como el cuidador principal de ese niño.
- Es el cuidador principal de otra persona que no puede cuidar de sí misma (ya sea que viva o no en su hogar).
- Solicitó o recibe una indemnización por desempleo.
- Participa regularmente en un programa de tratamiento o rehabilitación por abuso de alcohol u otras drogas.
- Trabaja 30 horas o más a la semana o percibe un salario semanal igual o superior a \$217.50.
- Está inscrito en una escuela, un programa de capacitación o una institución de educación superior reconocidos al menos por media jornada.

Es posible que deba presentar pruebas a su agencia si cumple con alguna de estas excepciones. Aunque cumplir con las reglas básicas de trabajo es necesario, participar en un programa de trabajo es voluntario.

SANCIÓN POR INCUMPLIMIENTO DE LAS REGLAS BÁSICAS DE TRABAJO

Si no cumple con los requisitos de las reglas básicas de trabajo y no está exento, no podrá recibir los beneficios de FoodShare durante un período de sanción especificado. Esto aplica si realiza cualquiera de las siguientes acciones de forma voluntaria y sin justificativo:

- Rechaza una oferta laboral apropiada.

- Renuncia a un trabajo de 30 horas o más por semana (o a un trabajo en el que gana un salario igual a 30 horas por semana según el salario mínimo federal).
- Reduce su jornada laboral a menos de 30 horas por semana (o su salario a menos de 30 veces el salario mínimo federal).
- Participa en W-2, pero no cumple con los requisitos de trabajo del programa W-2.
- Solicita u obtiene beneficios por desempleo, pero no cumple con el requisito de trabajo del programa de indemnización por desempleo.

Si, durante el período de sanción, se muda a otro hogar de FoodShare, el resto del período de su sanción se transferirá a ese hogar. La duración de un período de sanción es la siguiente:

- Un mes para la primera sanción.
- Tres meses para la segunda sanción.
- Seis meses para la tercera sanción o posteriores.

Puede terminar un período de sanción anticipadamente si queda exento de los requisitos de inscripción laboral. Deberá volver a solicitar FoodShare si desea recibir beneficios después de que finalice el período de sanción. Si forma parte de un grupo de FoodShare, deberá indicarle a su trabajador que debe actualizar su caso en lugar de volver a presentar la solicitud.

REQUISITO DE TRABAJO DE FOODSHARE PARA ADULTOS FÍSICAMENTE CAPACITADOS DE 18 A 54 AÑOS

Determinados adultos de 18 a 54 años sin hijos menores viviendo en el hogar solo pueden recibir tres meses de beneficios de FoodShare limitados en un período de 36 meses (tres años), a menos que cumplan con el requisito de trabajo de FoodShare o estén exentos. Este requisito de trabajo difiere del requisito de las reglas básicas de trabajo.

Existen cuatro formas de cumplir con el requisito de trabajo de FoodShare para ABAWD (adultos físicamente capacitados sin dependientes):

- Trabajar al menos 80 horas al mes.
- Participar al menos 80 horas al mes en un programa de trabajo permitido, como los siguientes programas:
 - FoodShare Employment and Training (Programa de Empleo y Formación FoodShare, FSET).
 - W-2.
 - Workforce Innovation and Opportunity Act (Ley de Oportunidades y de Innovación de la Fuerza Laboral, WIOA).
- Tener un trabajo en especie (que se paga con bienes en lugar de dinero) o hacer voluntariado al menos 80 horas al mes.
- Tener una combinación de trabajos, como trabajo en especie, voluntariado o participación en un programa de trabajo permitido por un total de 80 horas al mes.

Obtendrá información acerca del programa FSET si está inscrito en FoodShare.

Puede quedar exento y que no sea necesario que cumpla con el requisito de trabajo en cualquiera de los siguientes casos:

- Vive con un niño menor de 18 años que forma parte del mismo hogar de FoodShare, aunque el niño no tenga derecho a los beneficios de FoodShare.
- Es el cuidador principal de una persona que no puede cuidar de sí misma (ya sea que viva o no en su hogar).
- Es el cuidador principal de un niño dependiente menor de 6 años (ya sea que viva o no en su hogar). Sin embargo, si usted y otra persona tienen el control parental del niño, solo uno de ustedes puede estar exento del requisito de trabajo de FoodShare como el cuidador principal de ese niño.
- Está mental o físicamente incapacitado para trabajar.
- Carece de un hogar. En esta categoría se incluye a las personas que se encuentran en una situación de alojamiento temporal, como viviendas de transición y refugios, o que se alojan temporalmente (hasta 90 días) en la residencia de otra persona.
- Está embarazada.
- Solicitó o recibe una indemnización por desempleo.
- Participa en un programa de tratamiento o rehabilitación por alcohol or other drug abuse (abuso de alcohol u otras drogas, AODA).
- Está inscrito en una escuela o una institución de educación superior reconocidas al menos por media jornada.
- Es mayor de 18 años y va a la escuela secundaria al menos por media jornada.

- Está inscrito en W-2 y cumple con los requisitos de W-2.
- Trabaja 30 horas o más a la semana o percibe un salario semanal igual o superior a \$217.50.
- Tiene entre 18 y 24 años y estuvo en un hogar de acogida, bajo una tutela subvencionada o con una familia de acogida por orden judicial cuando cumplió los 18 años.
- Es veterano. Se considera veterano a toda persona que haya servido en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos (incluidos el Ejército, Cuerpo de Marines, la Marina, las Fuerzas Aéreas, las Fuerzas Espaciales, la Guardia Costera, la Guardia Nacional y las Reservas de las Fuerzas Armadas) y haya sido relevada o liberada en cualquier condición.

Nota: Es posible que deba presentar pruebas de que está exento.

CENTRO DE TRABAJO

Tiene a su disposición el Centro de Trabajo. El Centro de Trabajo es la mayor fuente de ofertas de trabajo en Wisconsin. Visite el sitio web del Centro de Trabajo, jobcenterofwisconsin.com, o utilice las computadoras táctiles en su centro de trabajo local. Para encontrar un trabajo cerca de usted, llame al 888-258-9966 (sin cargo).

CONTROL INFORMÁTICO

La información que figura en su solicitud se verificará mediante el sistema de verificación de ingresos y elegibilidad del estado. Si trabaja, los ingresos laborales o sueldos que informe se verificarán por computadora frente a los sueldos que su empleador informa al Department of Workforce Development (Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral). También puede existir comunicación con el IRS, la Social Security Administration (Administración del Seguro Social) y la Unemployment Insurance Division (División de Seguro de Desempleo) acerca de los ingresos y activos que pueda tener. La información de estas agencias puede repercutir en la inscripción o el monto de los beneficios de su hogar.

Si se descubre que la información que brinda es incorrecta, se le pueden negar los beneficios de FoodShare o puede quedar sujeto a un proceso penal por proporcionar información falsa a sabiendas. Debe devolver todo beneficio que recibe si proporcionó información falsa. Si se hace un reclamo de FoodShare en contra de su hogar, la información que figura en la solicitud, incluidos todos los Social Security Numbers (Números de Seguro Social), se puede enviar a las agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro, para acciones de cobro de reclamos.

ADVERTENCIA DE SANCIÓN DE FOODSHARE

Todo miembro de su hogar que infrinja a propósito cualquiera de las siguientes normas puede ser excluido de FoodShare durante 12 meses después de la primera infracción, 24 meses después de la segunda infracción o si la primera infracción implica una sustancia controlada y de forma permanente en el caso de la tercera infracción.

- Proporcionar información falsa u ocultar información para recibir o seguir recibiendo beneficios de FoodShare.
- Comercializar o vender beneficios de FoodShare.
- Alterar tarjetas para recibir beneficios si no tiene derecho a estos.
- Utilizar los beneficios de FoodShare para comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o tabaco.
- Utilizar los beneficios de FoodShare, las tarjetas de identificación u otra documentación de otra persona.

Según el valor de los beneficios utilizados indebidamente, también puede recibir una multa de hasta \$250,000, puede ir a la cárcel por 20 años, o ambos. Un tribunal también puede excluirlo del programa FoodShare de Wisconsin durante otros 18 meses. Se lo descalificará de forma permanente si es declarado culpable de traficar beneficios de FoodShare por un monto de \$500 o más. No podrá participar del programa FoodShare de Wisconsin durante 10 años si se descubre que hizo una declaración o afirmación fraudulenta sobre la identidad y residencia para recibir varios beneficios al mismo tiempo. Los delincuentes fugitivos, o quienes infrinjan la libertad condicional o bajo palabra, no podrán participar en el programa FoodShare de Wisconsin. También puede quedar sujeto a otro proceso penal conforme a cualquier otra ley federal aplicable.

Si comercializa (compra o vende) beneficios de FoodShare a cambio de una sustancia controlada o drogas ilícitas, se lo excluirá del programa FoodShare durante dos años la primera vez y de forma permanente la segunda vez. Si comercializa (compra o vende) armas de fuego, municiones o explosivos, se lo excluirá del programa FoodShare de Wisconsin de forma permanente.

PRUEBAS NECESARIAS

La inscripción en FoodShare no se podrá determinar hasta tanto no presente pruebas para verificar determinadas respuestas.

- Si su entrevista tiene lugar en la agencia, lleve todos los artículos que pueda de la siguiente lista.

- Si su entrevista tiene lugar por teléfono, recibirá una lista de las pruebas necesarias después de la entrevista.

Es posible que se le pida que presente documentos que no figuran a continuación. En ese caso, su agencia le enviará una lista de pruebas que se necesitan para la verificación. Si no puede conseguir los artículos que necesita, infórmele a la agencia cuáles son para que su agencia pueda ayudarlo.

Los siguientes artículos son ejemplos de pruebas:

Identidad o inmigración

- Licencia de conducir
- Partida de nacimiento
- Pasaporte o documento de ciudadanía estadounidense
- Documento de inmigración
- Cheque de pago
- Identificación del empleado
- Registro hospitalario

Ingresos percibidos

- Todos los talonarios de cheques recibidos en los últimos 30 días
- Una declaración firmada del empleador en la que se incluyan los ingresos brutos y las fechas de pago previstas para los próximos 30 días
- Formulario de Verificación de ingresos del empleador

Trabajo autónomo

- Impuestos de los últimos años

Otros ingresos

- (seguro de desempleo, seguro por discapacidad, Social Security (Seguro Social), jubilación, beneficios para veteranos, asignaciones militares)
- Carta de adjudicación
 - Copia de su último cheque

Los siguientes artículos pueden ser necesarios para obtener un crédito:

- Costos y facturas de servicios públicos del hogar
- Recibo de alquiler actual con el nombre del propietario y su número de teléfono
- Documentos del arrendamiento o la hipoteca
- Declaración de impuestos sobre la propiedad
- Facturas de servicios públicos
- Manutención de menores (recibida o pagada en un estado que no sea Wisconsin)
- Documentos de una orden judicial u otro comprobante de pago
- Registro de pago de otro estado

Si tiene 60 años o más, es ciego o tiene alguna discapacidad, puede obtener un crédito para determinados gastos médicos.

Gastos médicos

Los gastos médicos incluyen los siguientes, entre otros:

- Servicios hospitalarios, médicos, dentales y oftalmológicos.
- Primas de los seguros de salud, primas de Medicare y costos de los planes de medicamentos recetados.
- Medicamentos recetados y de venta libre.
- Servicios de hogares de ancianos y de atención en el hogar.
- Equipos y suministros médicos.
- Costos de transporte y alojamiento para recibir atención médica.
- Costo relacionado para un animal de servicio especialmente entrenado.
- Costos de Lifeline/Medic Alert si son indicados por un profesional de la salud.
- Estado de cuenta de facturación.
- Recibos detallados.
- Envase de medicamento o pastillas con precio en la etiqueta.
- Póliza del seguro de salud en la que se demuestre la prima, el coseguro, los copagos o el deducible.
- Declaración de una farmacia.
- Acuerdo de reembolso con el proveedor.
- Declaración del médico que certifica que se recetó un medicamento de venta libre.
- Facturas por servicios de un enfermero a domicilio, una ama de casa o un asistente de salud en el hogar.
- Recibos de gastos de transporte o alojamiento para obtener servicios o tratamientos médicos.
- Facturas o recibos de alimentos para animales, entrenamiento o servicios veterinarios para un animal de servicio especialmente entrenado.

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

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

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.