

## AVISO IMPORTANTE

---

Fecha de envío:

De:

Teléfono:

Identificación (ID) del trabajador:

Número de caso:

Nombre del grupo de asistencia (AG):

Ext. :

### **Es hora de su Informe Parcial.**

Usted debe completar, firmar y devolver a su trabajador de caso el Informe Parcial del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) adjunto antes del día 15 de este mes.

Si no devuelve este Informe Parcial antes de la fecha límite, suspenderemos sus beneficios de SNAP. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este Informe Parcial, comuníquese con su trabajador de caso al teléfono indicado más arriba.

Esto no afecta ninguna asistencia médica que reciba de nosotros.

**Recordatorio:** Si su dirección cambia, avise de inmediato a su trabajador de caso. Si su trabajador de caso no tiene su dirección correcta, usted no recibirá la información que necesita para seguir recibiendo asistencia.

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: [SNAP Hotline](#)

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio  
**INFORME PARCIAL DE ASISTENCIA DE SNAP**  
**(Respuesta obligatoria)**

Contacto del condado		Dirección del condado			
Número de teléfono del contacto del condado		Número de fax del contacto del condado		Número de caso	
<b>Paso 1: Lea la información de este recuadro y haga las correcciones que sean necesarias.</b>					
Primer nombre, Segundo nombre y Apellido				Número de teléfono	
Dirección postal			Dirección (si es diferente)		
Ciudad		Estado	Código postal	Ciudad	Estado
					Código postal
<b>Paso 2: Lea la siguiente información detenidamente.</b>					
<p><b>¿Por qué necesita llenar este formulario?</b>          Es hora de que revisemos su caso. Usted <u>debe</u> completar, firmar y devolver este formulario a la dirección o al número de fax indicado más arriba, o completar el proceso en línea. Usaremos la información que proporcione para asegurarnos de que todavía cumple con los requisitos para recibir beneficios y que el monto de los mismos es correcto. Los cambios informados pueden causar una reducción o la terminación de los beneficios. <u>Si no devuelve este formulario antes de la fecha límite que se especifica más abajo, suspenderemos sus beneficios.</u></p> <p><b>¿Qué cambios necesita informar?</b>          Debe informar los cambios que han ocurrido desde la <b>ÚLTIMA VEZ QUE HIZO UNA NUEVA SOLICITUD</b> <u>XX/XX/20XX</u>. Si usted ya informó sobre un cambio y proporcionó prueba del mismo, no necesita informarlo en este formulario. Sin embargo, todavía necesita devolver este formulario o firmarlo en línea. A continuación encontrará la información que se nos proporcionó la última vez acerca del tamaño de su grupo de asistencia y de su ingreso:  <i>Tamaño del grupo de asistencia:</i> _____  <i>Ingreso bruto total (ingresos salariales y no salariales):</i> _____</p> <p style="text-align: center;"><b>(Cualquier cambio en el grupo de asistencia o en el ingreso se puede informar más abajo en el Paso 3)</b></p> <p><b>¿Qué hacer con este formulario?</b>          Usted debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llenar este formulario y devolvérselo antes de la: <b>FECHA LÍMITE</b> ____/15/20__.</li> <li>• Si una pregunta dice <b>ADJUNTE PRUEBA</b>, adjunte su prueba al formulario. Por ejemplo: como prueba de ingresos puede usar talones de cheques, registros de trabajo por cuenta propia, cartas de adjudicación u otros documentos que muestren cuánto ingreso obtiene.</li> <li>• Firme y ponga la fecha al final de la página 2.</li> <li>• Si requiere de más espacio para sus respuestas, escribálas en un documento aparte y adjúntelo a este formulario.</li> <li>• Nos puede devolver todo por correo postal, fax o traerlo en persona. Si lo trae usted mismo le daremos un recibo. También puede llenar este formulario en línea si tiene una cuenta en: <a href="https://ssp.benefits.ohio.gov/apspsp/index.jsp">https://ssp.benefits.ohio.gov/apspsp/index.jsp</a>.</li> </ul> <p><b>¿Qué hacer si tiene preguntas?</b> Llame al contacto del condado que aparece más arriba.</p>					
<b>Paso 3: Proporcione la información que se solicita más abajo.</b>					
<p><b>(A) ¿Se ha mudado alguien hacia o fuera de su casa desde que volvió a solicitar los beneficios por última vez en la fecha indicada en el Paso 2?</b>  <input type="checkbox"/> No <u>o</u> Ya informé del cambio a mi contacto del condado. ► VAYA A LA PRÓXIMA PREGUNTA  <input type="checkbox"/> Sí <u>o</u> No estoy seguro. ► LLENE LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN</p>					
Nombre de la primera persona		Relación		Fecha de nacimiento	
<input type="checkbox"/> Se mudó hacia la casa <input type="checkbox"/> Se mudó fuera de la casa				Fecha	
Nombre de la segunda persona		Relación		Fecha de nacimiento	
<input type="checkbox"/> Se mudó hacia la casa <input type="checkbox"/> Se mudó fuera de la casa				Fecha	
casa					

Paso 3 (continuación)

**(B) ¿Ha tenido alguien un cambio en su tasa de pago por hora, salario, estatus de empleo (tiempo completo o parcial) o lugar de empleo desde que volvió a solicitar los beneficios por última vez en la fecha indicada en el Paso 2?**

- No  Ya informé del cambio y proporcioné prueba a mi contacto del condado. ► **VAYA A LA PRÓXIMA PREGUNTA**  
 Sí  No estoy seguro. ► **LLENE LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN Y ADJUNTE PRUEBAS**

Nombre de la persona	Tipo de ingreso actual	Ingreso mensual actual
Nombre de la persona	Tipo de ingreso actual	Ingreso mensual actual

Si está sujeto al requisito de trabajo para personas adultas no incapacitadas sin dependientes o le han reducido sus horas de trabajo a menos de 20 por semana (u 80 horas al mes)  Sí  No

**(C) ¿Ha cambiado el ingreso no salarial de alguien en más de \$100 desde que volvió a solicitar los beneficios por última vez en la fecha indicada en el Paso 2? Ejemplos de ingreso no salarial: Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), manutención infantil, beneficios por desempleo.**

- No  Ya informé del cambio y proporcioné prueba a mi contacto del condado. ► **VAYA A LA PRÓXIMA PREGUNTA**  
 Sí  No estoy seguro. ► **LLENE LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN Y ADJUNTE PRUEBAS**

Nombre de la persona	Tipo de ingreso actual	Ingreso mensual actual
Nombre de la persona	Tipo de ingreso actual	Ingreso mensual actual

**(D) ¿Se ha mudado de casa?**

- No  Ya informé del cambio y proporcioné prueba a mi contacto del condado. ► **VAYA A LA PRÓXIMA PREGUNTA**  
 Sí  No estoy seguro. ► **LLENE LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN Y ADJUNTE PRUEBAS SI LE GUSTARÍA QUE USÁRAMOS SUS GASTOS DE VIVIENDA PARA DETERMINAR SUS BENEFICIOS**

Gasto mensual actual de alquiler o hipoteca \$	Gasto mensual actual de impuesto a la propiedad \$
Gasto mensual actual de seguro de propiedad \$	Ahora es responsable del pago de <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas

**(E) ¿Han cambiados sus obligaciones de manutención infantil desde que volvió a solicitar los beneficios por última vez en la fecha indicada en el Paso 2?**

- No  Ya informé del cambio y proporcioné prueba a mi contacto del condado. ► **VAYA A LA PRÓXIMA PREGUNTA**  
 Sí  No estoy seguro. ► **LLENE LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN Y ADJUNTE PRUEBAS**

Gasto mensual actual de obligación de manutención infantil  
\$

**(F) ¿Ha obtenido usted o alguien en su hogar \$4250 o más (antes de retenciones) en premios de lotería o ganancias por juegos de azar?**

- No  
 Sí o No estoy seguro ► **MARQUE LAS CASILLAS MÁS ABAJO**

Nombre de la persona:	Fecha de las ganancias:	Monto de las ganancias:
-----------------------	-------------------------	-------------------------

**Paso 4: Lea todo cuidadosamente, firme y ponga la fecha.**

Al firmar este formulario:

- Comprendo y certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas en este informe parcial son correctas y completas a mi leal saber y entender.
- Comprendo que las sanciones por fraude son las siguientes: Puedo ir a prisión por hasta 20 años y me pueden multar con hasta \$250 000. Es posible que tenga que devolver los beneficios si no cumpliera con los requisitos para recibirlos. La primera vez que viole las reglas a propósito, no podré recibir asistencia alimentaria durante un año; la segunda vez no recibiré ayuda durante dos años; y luego de la tercera vez no podré recibir ayuda alimentaria nunca más.
- Comprendo y estoy de acuerdo con proporcionar todos los documentos necesarios para completar mi informe parcial.
- Comprendo y estoy de acuerdo con que es posible que el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS) se comunique con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias sobre mi elegibilidad y nivel de beneficios.
- Comprendo que en algunos casos se me puede pedir que dé mi consentimiento al CDJFS para hacer los contactos que sean necesarios con el fin de determinar la elegibilidad.
- Comprendo que cualquier cambio informado en este aviso puede provocar una reducción o la terminación de los beneficios.
- Comprendo que luego de devolver este formulario, aún tengo la obligación de informar los siguientes cambios que pueden ocurrir antes de mi recertificación: 1) cuando mi ingreso bruto mensual supere el 130% del límite de ingreso mensual del nivel federal de pobreza para el tamaño de mi grupo de asistencia; y 2) si yo o un integrante de mi grupo de asistencia está sujeto al requisito de trabajo para adultos no incapacitados sin dependientes y mi/su número de horas de trabajo disminuye a menos de 20 horas por semana u 80 horas como promedio mensual, y 3) si yo o alguien en mi hogar obtiene \$4250 o más en premios de lotería o ganancias por juegos de azar.

Firma	Fecha
-------	-------

**Paso 5: Devuélvanos esta página del formulario con pruebas de sus cambios. Debemos recibir todo antes de la fecha límite indicada en el Paso 2.**