



## Formulario de certificación intermedia del SNAP

### ¿Quién debe completar este formulario?

Los grupos familiares certificados por 12 meses o más deben completar un informe de certificación intermedia cada 6 meses para seguir recibiendo los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) del Distrito de Columbia ("Distrito" o "DC"). Los grupos familiares aprobados para el Programa de Solicitud Simplificada para Personas Mayores de Edad (ESAP) del SNAP del Distrito que aún son elegibles para el ESAP no están obligados a completar el informe de certificación intermedia.

### ¿Qué debe hacer?

Si desea seguir recibiendo los beneficios del SNAP, debe completar el formulario de certificación intermedia adjunto y enviarlo a la Administración de Seguridad Económica (ESA) del Departamento de Servicios Humanos (DHS) del Distrito de Columbia antes del primer día del sexto mes de su periodo de certificación de 12 meses. Los grupos familiares con un periodo de certificación de 36 meses que hayan dejado el ESAP deben presentar un formulario antes del primer día de cada sexto mes (12, 18, 24 y 30 meses).

### ¿Cómo puede presentar sus documentos?

Puede enviar su formulario de certificación intermedia con un comprobante de cualquier cambio mediante uno de los siguientes métodos:

- **En línea:** Visite District Direct en <https://districtdirect.dc.gov/> y suba copias de cada uno electrónicamente.
- **Aplicación móvil:** Descargue la **aplicación móvil District Direct** a su teléfono desde la tienda Apple o Google Play y cargue una copia de cada una electrónicamente.
- **En persona:** En uno de los centros de servicios del DHS/ESA.
- **Envíe un fax** a la ESA al (202) 671-4400.
- **Envíe un correo** a la ESA a: DC Department of Human Services  
Case Record Management Unit  
P.O. Box 91560  
Washington, DC 20090

Puede usar una hoja aparte para explicar cualquiera de sus respuestas o para dar más información. Todas esas hojas se deberán enviar junto con este formulario.



## Formulario de certificación intermedia del SNAP

### ¿Qué más necesita saber?

- Si este formulario se entrega fuera de término o está incompleto, es posible que no reciba sus beneficios del SNAP a tiempo.
- Para recibir beneficios ininterrumpidos, los grupos familiares certificados por 12 meses deben presentar su formulario de certificación intermedia del SNAP antes del primer día del sexto mes del periodo de certificación. Los grupos familiares con un periodo de certificación de 36 meses que hayan dejado el ESAP deben presentar un formulario antes del primer día de cada sexto mes (12, 18, 24 y 30 meses).
- Si no envía el formulario de certificación intermedia del SNAP antes del final del sexto mes de su periodo de certificación (o el mes número 12, 18, 24 o 30 en el caso de los grupos familiares certificados por 36 meses), **sus beneficios del SNAP se suspenderán.**
- Debería haber recibido una carta por correo del DHS del DC indicándole la fecha en que finaliza su periodo de certificación. También puede saber cuál es esta fecha comunicándose con el centro de atención de Beneficios Públicos de la ESA al 202-727-5355 o iniciando sesión en su cuenta o aplicación móvil de District Direct.
- Le enviaremos un aviso cuando sus beneficios se cancelen o reduzcan. Si no está de acuerdo con la decisión de reducir o cancelar sus beneficios, tiene derecho a una audiencia imparcial.
- Si no entrega los comprobantes que solicitamos en este formulario a tiempo, podemos cerrar su caso del SNAP o podrá obtener menos beneficios de los que le corresponden.
- Si se cierra su caso, es posible que deba completar una nueva solicitud.

### ¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta, necesita asistencia lingüística o una copia adicional del formulario, llame al (202) 727-5355. Si tiene problemas auditivos, puede llamar al TTY/TDD 711

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS**



**Formulario de certificación intermedia del SNAP**

**SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO, LLAME AL: (202) 727-5355 TTY/TDD: 711.**

**Su información**

Nombre completo:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Su número de caso (si lo conoce):
------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

**Pregunta n.º 1: Cambios en los ingresos salariales**

¿Cambiaron los ingresos de algún integrante de su grupo familiar debido a un inicio, cese o cambio de trabajo desde la última fecha de su solicitud/recertificación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Su grupo familiar ha tenido un cambio en el monto de ingresos salariales de más de \$125 al mes desde la última fecha de su solicitud/recertificación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
<i>Si respondió <b>Sí</b> a alguna de las preguntas anteriores, ingrese el monto de los salarios de los <u>últimos 30 días</u> en los recuadros a continuación <u>Y</u> adjunte comprobantes.</i>								
<b>Persona</b>	<b>Fecha de pago</b>	<b>Monto</b>	<b>Fecha de pago</b>	<b>Monto</b>	<b>Fecha de pago</b>	<b>Monto</b>	<b>Fecha de pago</b>	<b>Monto</b>
		\$		\$		\$		\$
		\$		\$		\$		\$

**Pregunta n.º 2: Cambios en los ingresos no salariales**

¿Su grupo familiar ha tenido un cambio en el monto de los ingresos no salariales de más de \$125 al mes desde la última fecha de su solicitud/recertificación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<p><i>Los <b>tipos</b> de ingresos no salariales incluyen la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios para veteranos, seguro de desempleo subsidio por cuidado de acogida temporal o adopción, pensión alimenticia etc. No es necesario que informe los cambios en la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas del Distrito ; el Programa de Trabajo, Empleo y Responsabilidad; la Asistencia General para Menores; la Asistencia en efectivo para refugiados, o la Asistencia Provisional por Discapacidad, ya que esos beneficios se procesan conjuntamente con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).</i></p>				
<small>Si la respuesta es Sí, complete el recuadro siguiente <u>Y</u> adjunte los comprobantes correspondientes.</small>				
<b>Persona</b>	<b>Monto</b>	<b>Fecha</b>	<b>¿Con qué frecuencia se recibió?</b>	<b>Tipo</b>
	\$			
	\$			

**Pregunta n.º 3: Cambios en los integrantes del grupo familiar**

¿Hubo algún cambio en los integrantes de su grupo familiar del SNAP desde la fecha de su última solicitud o recertificación?  Sí  No

*Esto puede incluir a personas que se mudaron dentro o fuera del hogar, nacimientos, fallecimientos, etc.* Si la respuesta es Sí, complete la sección a continuación

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	Relación con usted (hijo/a, tía, etc.)	¿Comen juntos?	¿Es ciudadano de los EE. UU.?	¿Cuándo ingresaron o se fueron?
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mes: Año:
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mes: Año:
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mes: Año:

**Pregunta n.º 4: Cambios en el pago de manutención infantil**

¿Hubo algún cambio en la obligación legal de pagar manutención infantil por orden judicial a alguien que no vive en el grupo familiar del SNAP desde la fecha de su última solicitud o recertificación?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, complete la sección a continuación y adjunte comprobantes

¿Quién pagó?	¿Para qué menor?	Monto mensual de la obligación legal	Monto mensual pagado realmente

### Pregunta n.º 5: Cambio de domicilio y de gastos de vivienda

<p>¿Se mudó o tuvo un cambio de dirección que provocó un cambio en sus costos de alojamiento desde la fecha de su última solicitud o recertificación?</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<p>Si la respuesta es <b>Sí</b>, complete esta sección <b>Y</b> adjunte comprobantes de sus gastos actuales de vivienda, como alquiler, impuestos, servicios públicos</p>
<p><b>Nueva dirección:</b> _____</p> <p style="text-align: center;">Calle                                  Depto. n.º                  Ciudad                  Estado                  Código postal</p>		
<p>¿Todos los integrantes de su grupo familiar están <b>sin hogar y no reciben refugio gratuito</b> durante todo el mes?</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>Si la respuesta es <b>Sí</b>, ¿está de acuerdo en que se determine el monto de su beneficio mediante una deducción de vivienda diferente para obtener un beneficio más alto?</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p><b>Alquiler o hipoteca</b> por mes actualmente: \$</p>	<p><b>Alquiler o hipoteca</b> por mes actualmente: \$</p>	
<p><b>Seguro de vivienda</b> por mes actualmente: \$</p>	<p><b>Tarifas/pagos de Asociación de Propietarios para condominio</b> por mes actualmente: \$</p>	
<p>Marque todo lo que está a su cargo actualmente:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Electricidad</b>   <input type="checkbox"/> <b>Gas</b>   <input type="checkbox"/> <b>Combustible</b>   <input type="checkbox"/> <b>Agua</b>   <input type="checkbox"/> <b>Teléfono (incluido el celular)</b>   <b>Otro:</b> <input type="checkbox"/></p>		

### Pregunta n.º 6

<p>Los grupos familiares <b>con</b> personas mayores (60 años o más) y personas con discapacidades, respondan a la siguiente pregunta:</p>		
<p>¿Alguien ha tenido cambios en sus recursos líquidos, como efectivo, cuentas bancarias, acciones, bonos, anualidades, etc., de más de \$4500 desde la última fecha de su solicitud o recertificación?</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<p>Si la respuesta es <b>Sí</b>, adjunte comprobantes.</p>
<p>Los grupos familiares <b>sin</b> personas mayores (60 años o más) y personas con discapacidades, respondan a la siguiente pregunta:</p>		
<p>¿Alguien ha tenido cambios en sus recursos líquidos, como efectivo, cuentas bancarias, acciones, bonos, anualidades, etc., de más de \$3000 desde la última fecha de su solicitud o recertificación?</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<p>Si la respuesta es <b>Sí</b>, adjunte comprobantes.</p>
<p>¿Alguien de su grupo familiar ha ganado un premio en efectivo de más de \$4500 (antes de la deducción de impuestos) a través de la lotería o algún juego de azar desde la última fecha de su solicitud o recertificación?</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<p>Si la respuesta es <b>Sí</b>, adjunte comprobantes.</p>

## CERTIFICACIÓN:

Considero que toda mi información en este formulario es correcta. He informado todos mis cambios en este formulario. Sé que si brindo información falsa puedo estar infringiendo la ley. Sé que debido a los cambios que reporté en este formulario:

1. *Mi SNAP (cupones de alimentos) o mis beneficios en efectivo pueden disminuir.*
2. *Mi SNAP (cupones de alimentos) o beneficios en efectivo pueden ser suspendidos.*

FIRMA: X \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Número de teléfono diurno:

Representante autorizado FIRMA X \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Número de teléfono diurno:

### DECLARACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL:

De conformidad con la ley federal, usted debe proporcionar su Número del Seguro Social (SSN) (si tiene uno) si forma parte del grupo familiar del SNAP. (Véase la *Ley de Alimentación y Nutrición de 2008*, en su forma enmendada, sección 2025[e] del título 7 del Código de los Estados Unidos [USC] y *Números del Seguro Social*, sección 273.6 del título 7 del USC). No es necesario que los integrantes del grupo familiar o familiares no participantes proporcionen sus SSN o información acerca de su ciudadanía o su condición migratoria. Su SSN se usará para verificar su identidad, evitar la doble recepción de beneficios y hacer los cambios necesarios del programa. El sistema informático del DHS utiliza su SSN para verificar sus ingresos mediante registros de fuentes locales y federales, incluido el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración del Seguro Social (SSA), el Departamento de Servicios de Empleo del DC y la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD) del DC. En caso de que una persona se rehúse o no pueda proporcionar su SSN sin una causa justificada, dicha persona será descalificada.

**SANCIONES POR FRAUDE:** Si comete fraude, trafica beneficios, o infringe otra de las normas del programa de SNAP, podría recibir una multa y enfrentar una pena de hasta 20 años en prisión. Según las normas que haya infringido, podrá perder todos sus beneficios (ser descalificado) por un año o de forma permanente. Las sanciones por descalificación se enumeran en la sección 273.16(b) del título 7 del Código de Regulaciones Federales (CFR) y la sección 2015(b) del título 7 del USC.