

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN INTERMEDIA

IMPORTANTE: ¡Su SNAP (Cupones de Alimentos) finalizará si no entrega este formulario!

Debe entregar un informe acerca de los CAMBIOS EN SU GRUPO FAMILIAR DESDE SU ÚLTIMA CERTIFICACIÓN DEL SNAP o sus beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP/Cupones de Alimentos) del Distrito de Columbia (Distrito) terminarán. Necesitamos la información solicitada en este formulario para verificar si sigue siendo elegible y para calcular el monto de sus beneficios mensuales del SNAP. Cuando responda las preguntas, debe brindar información de todas las personas incluidas en su grupo familiar de beneficios de SNAP (cupones de alimentos). Esto incluye a padres/madres o cónyuges que vivan con usted pero que no estén incluidos en su SNAP (Cupones de Alimentos) debido a su condición migratoria. También incluye la información de los patrocinadores de extranjeros, incluso si el patrocinador no vive en su hogar. 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.

Debe completar, firmar y entregarnos este formulario y los documentos solicitados.

Puede completar este formulario y brindar los documentos de verificación sin presentarse en un Centro de Servicios del Departamento de Servicios Humanos del Distrito (DHS, en inglés) de una de las siguientes maneras:

- **Correo postal:** complete y firme el formulario adjunto, y envíenoslo por correo junto con copias de cualquier prueba para verificar sus cambios a: Departamento de Servicios Humanos, Case Record Management Unit, P.O. Box 91560 Washington, DC 20090.
- **Fax:** a la Administración de Seguridad Económica (ESA) del DHS al (202) 671-4400.

También puede completar y firmar el formulario, y entregarlo junto con copias de cualquier prueba para verificar sus cambios en uno de nuestros tres centros de servicios abiertos del DHS:

Anacostia 2100 Martin Luther King Jr. Avenue, SE
Centro de Servicios Congress Heights en 4049 South Capitol Street, SW
Centro de Servicios H Street en 645 H Street NE

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO LLAME AL: (202) 727-5355 TTY: 711

Su información

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

Pregunta N.º 1: Cambios en los ingresos percibidos

¿Cambió el ingreso de alguien en más de \$100 por mes debido a que comenzó a trabajar, dejó de trabajar o cambió de trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su grupo familiar tuvo un cambio correspondiente a más de \$100 por mes en el monto de ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<i>En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas, ingrese el monto de los salarios de los últimos 30 días en los recuadros a continuación <u>Y</u> adjunte los comprobantes.</i>	

Quién	Empleador	Fecha de inicio <small>(si se inició o cambió de trabajo)</small>	Fecha de finalización <small>(si se dio fin al trabajo)</small>	Fecha de pago	Monto	Fecha de pago	Monto	Fecha de pago	Monto	Fecha de pago	Monto
					\$		\$		\$		\$
					\$		\$		\$		\$

Pregunta N.º 2: Cambios en los ingresos no salariales

¿Su grupo familiar tuvo un cambio de más de \$100 en algún tipo de ingreso no salarial? <i>Los tipos de ingresos no salariales incluyen: SSI, beneficios de veteranos, indemnización por desempleo, subsidio por adopción o acogida temporal, pensión alimenticia, etc.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , complete el recuadro a continuación <u>Y</u> adjunte los comprobantes.
--	---

Quién	Monto	Fecha	¿Con qué frecuencia?	Tipo
	\$			
	\$			

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

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

¿Han ocurrido cambios en la composición de su grupo familiar del SNAP? <i>Esto podría incluir a personas que se mudaron del hogar o al hogar, nacimientos, fallecimientos, etc.</i>								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
								En caso afirmativo , complete el recuadro a continuación
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	SSN	Relación (hijo, tía, etc.)	¿Comen juntos?	¿Ciudadano(a) estadounidense?	¿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

¿Alguien ha tenido un cambio en la obligación legal de pagar la manutención infantil por orden judicial a alguna persona que no vive en el grupo familiar del SNAP?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				En caso afirmativo , complete el recuadro a continuación <u>Y</u> adjunte los comprobantes.
¿Quién pagó?	¿Para qué niño(a)?	Monto mensual de obligación legal	Monto mensual efectivamente pagado	

Pregunta N.º 5: Cambios en los gastos de domicilio y alojamiento

¿Se mudó o cambió de dirección lo que resultó en un cambio en los gastos de alojamiento?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nueva dirección: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Calle Apto. # Ciudad Estado Código postal </div>						En caso afirmativo , complete esta sección <u>Y</u> adjunte los comprobantes de los gastos actuales de alojamiento, como alquiler, impuestos, servicios públicos
Alquiler o hipoteca mensual actual: \$			Impuestos de propiedad mensuales actuales: \$			
Seguro de propietario mensual actual: \$			Cuotas de condominio/HOA mensuales actuales: \$			
Marque todo lo que esté a su cargo actualmente: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Combustible <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Teléfono (incluido el celular) <input type="checkbox"/> Otros:						

Pregunta N.º 6

Si en su grupo familiar hay un integrante mayor de 60 años o con alguna discapacidad, responda la siguiente pregunta:	
¿Alguien tuvo cambios en los recursos, tales como efectivo, cuentas bancarias, acciones, bonos, anualidades, etc.?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , adjunte los comprobantes.	

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

CERTIFICACIÓN:

Creo que toda mi información en este formulario es correcta. He informado todos mis cambios en este formulario. Sé que si doy información falsa, podría estar infringiendo la ley. Sé que debido a los cambios que informé en este formulario:

1. *mi SNAP (Cupones de Alimentos) o beneficios en efectivo pueden reducirse; o*
2. *mi SNAP (Cupones de Alimentos) o beneficios en efectivo pueden cancelarse.*

FIRMA: X _____

FECHA: __/__/____

Número de teléfono durante el día: () _____

Representante autorizado FIRMA X _____

FECHA: __/__/____

Número de teléfono durante el día: () _____

AVISO

- Si este formulario se entrega fuera de término o incompleto, es posible que no reciba su SNAP (Cupones de Alimentos) a tiempo.
- Si NO entrega este formulario, cerraremos su caso del SNAP.
- Si no entrega los comprobantes que solicitamos en este formulario a tiempo, podemos cerrar su caso del SNAP o podrá obtener menos beneficios del SNAP de los que le podrían corresponder.
- Si se cierra su caso, es posible que deba completar una nueva solicitud.
- Si no está de acuerdo con la decisión de reducir o cancelar sus beneficios, tiene derecho a una audiencia imparcial. Se le enviará un aviso sobre cualquier reducción o cancelación de sus beneficios.

DECLARACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: De acuerdo con la legislación federal, debe brindar su número de seguro social (SSN, en inglés) (si lo tiene) si se encuentra en el grupo familiar del SNAP. (Véase la *Ley de Alimentos y Nutrición de 2008*, y sus reformas, 7 U.S.C. § 2025(e) y *Números de Seguro Social*, 7 CFR § 273.6). Los integrantes del grupo familiar o familiares no participantes no deben brindar sus SSN, información sobre ciudadanía o condición migratoria. Su SSN se usará para verificar su identidad, evitar la recepción de beneficios duplicados y realizar los cambios necesarios del programa. El sistema informático del DHS utiliza su SSN para verificar sus ingresos a través de los registros de fuentes federales y locales, incluidos el Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés), la Administración del Seguro Social (SSA, en inglés), el Departamento de Servicios de Empleo del DC (DOES, en inglés) y la División de Servicios de Manutención Infantil del DC (CSSD, en inglés). Si se niega o no se proporciona un SSN, la persona para la que no se obtenga el SSN podrá resultar descalificada.

SANCIONES POR FRAUDE: Si comete fraude en el SNAP, trafica beneficios del SNAP o infringe otras normas del programa SNAP, usted podría recibir una multa e ir a prisión por hasta 20 años. También podría perder sus beneficios (quedar descalificado) durante un año o de forma permanente, según las normas que infrinja. Las sanciones de descalificación se enumeran en 7 CFR § 273.16 (b) y 7 U.S.C. § 2015(b).