



## PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) FORMULARIO PARA REPORTAR CAMBIOS

### FAVOR DE LLENAR LOS ENCASILLADOS

Fecha: _____ Nombre de Caso: _____ Número de Caso: _____ Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Dirección Postal: _____ _____	<p style="text-align: center;"><b>SI USTED NO ENTIENDE ESTE FORMULARIO O NECESITAS AYUDA, COMUNIQUESE CON SU OFICINA LOCAL DE CERTIFICACION.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>OFICINAS POR DISTRITO ESTAN LOCALIZADAS EN</b></p> <p>ST. THOMAS -1303 Hospital Ground, STE.1 VI, 00802-6722          Tel.: 340-774-2399 - Fax No: 340-774-2399          Correo Electrónico: <a href="mailto:certoffice.stt@dhs.vi.gov">certoffice.stt@dhs.vi.gov</a></p> <p>ST. JOHN- Human Services Multi-Purpose Bld.,          Cruz Bay, VI 00830          Tel.: 340-776-6334; 340-776-6335          Correo Electrónico: <a href="mailto:certoffice.stt@dhs.vi.gov">certoffice.stt@dhs.vi.gov</a></p> <p>ST. CROIX- 4102 Mars Hill, Frederiksted, VI 00840-3376          Tel.: 340-772-7100 - Fax No.: 340-772-9591          Correo Electrónico: <a href="mailto:certoffice.stx@dhs.vi.gov">certoffice.stx@dhs.vi.gov</a></p>
--	--

**Atención:** Este formulario se puede utilizar para reportar cambios obligatorios o voluntarios de su hogar. **Los únicos cambios obligatorios que los hogares deben reportar son:**

1. Si el hogar, en el momento de la solicitud o recertificación, fue certificado en o por debajo del límite de ingresos brutos de pobreza del 130% basado en el tamaño de la familia del hogar, y el nuevo ingreso bruto mensual excede.
  - a) Si el ingreso bruto del hogar era mayor en el momento de la solicitud o recertificación, el hogar no tiene que reportar el aumento de los ingresos. Vea la tabla de ingresos a continuación.
2. Si algún miembro del hogar recibió una sola ganancia de \$4,250 o mas de la lotería o juegos de apuestas.

**TODOS LOS DEMÁS CAMBIOS SON OPCIONALES Y VOLUNTARIOS**, sin embargo, una vez que este formulario sea recibido, la oficina tomara acción sobre los cambios reportados. Se exhorta a los hogares a reportar cualquier cambio que el hogar crea que aumentara los beneficios de SNAP del hogar.

Número de personas que obtienen SNAP (incluir miembros descalificados)	Límite del 130% del Ingreso Bruto de Pobreza
1	\$1,473
2	\$1,984
3	\$2,495
4	\$3,007
5	\$3,518
6	\$4,029
7	\$4,541
8	\$5,052
9	\$5,564
10	\$6,076
<b>Cada persona adicional:</b>	<b>\$512</b>

Llene la(s) sección(es) que pertenece a (los) cambio(s) que su hogar está reportando y adjunte el documento de apoyo, cuando sea necesario.

**CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR**

<u>Nombre de Miembro</u>	<u>Miembro Se Ha Mudado</u>	<u>Nuevo Miembro</u>	<u>Anciana o Discapacitada</u>	
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**CAMBIOS EN INGRESOS DEL HOGAR O FUENTE DE INGRESOS**

<u>Nombre del miembro</u>	<u>Fuente de ingresos</u>	<u>Nueva Cantidad</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

**SEGURO SOCIAL**

<u>Nombre</u>	<u>Número de Seguro Social</u>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

**CAMBIOS EN EL ALQUILER O LA HIPOTECA**

<u>¿si se mudó, cuál es la nueva dirección?</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>Código Postal</u>
_____	_____	_____	_____

¿Si usted no tiene una dirección de calle, indique cómo llegar a su residencia? ¿Como podemos comunicarnos?

<u>Cantidad de alquiler o hipoteca</u>	<u>Cantidad de Seguro de casa (Si no esta incluida en la hipoteca)</u>	<u>Cantidad de Impuestos sobre la propiedad (Si no esta incluida en la hipoteca)</u>
Nueva cantidad \$ _____	\$ _____	\$ _____

¿Es usted un inquilino? (Un inquilino paga una tarifa razonable por alojamiento y al menos dos comidas por dia)  
 Si  NO

**CAMBIOS EN EL COSTO DE SERVICIOS PUBLICOS Y CUIDADO DE DEPENDIENTES**

<u>Anote los servicios públicos o cuidado de dependientes</u>	<u>Nueva cantidad</u>	<u>Frecuencia De Factura</u>
_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____

**CAMBIOS EN GASTOS MÉDICOS DE ANCIANOS O DISCAPACITADOS MIEMBRO(S) DEL HOGAR**

Anote el Nombre del miembro anciano o discapacitado del hogar: \_\_\_\_\_

Tipo de Gastos Médicos	Cantidad	¿Frecuencia de Factura?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**ADQUISICIÓN/VENTA O CAMBIO DE VEHICULOS O BIENES**

¿Ha adquirido algún miembro del hogar que haya sido descalificado por infracción intencional del Programa, adquirió, vendió o intercambio un automóvil, camión, bote, caravana, motocicleta u otros bienes como propiedad o terrenos?

Marca de vehículo \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
Valor de venta o intercambio: \$ \_\_\_\_\_

**CAMBIOS DE RECURSOS (AHORROS, CUENTA DE CHEQUES, CDS, ETC.)**

Anote recursos de cualquier miembro del hogar que ha sido descalificado por infracción intencional del programa  
Tipo de recursos: \_\_\_\_\_  
Valor de los recursos: \_\_\_\_\_

**GANANCIAS INDIVIDUALES DE \$4,250 O MAS EN JUEGOS DE LOTERIA O APUESTAS**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_  
Cantidad bruta de las ganancias antes de las deducciones: \_\_\_\_\_  
Fecha de las ganancias: \_\_\_\_\_

**Utilice esta sección para reportar otros cambios en el hogar:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Espera usted que los cambios reportados en este formulario sigan siendo los mismos durante los próximos 30 días?

Sí  No  Si respondió no, favor explique:

---

---

---

**SI SUS BENEFICIOS CAMBIAN**

Usaremos la información reportada en este formulario para determinar si los beneficios cambiarán. Antes de cambiar el total de sus beneficios, le enviaremos un aviso explicando lo que sucederá. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una vista. Sin embargo, si el oficial de audiencias regla en contra del hogar, el hogar tendrá que devolver los beneficios recibidos a los que no tenía derecho.

### **ADVERTENCIA DE PENALIDAD**

SI SE ENCUENTRA, QUE ALGUNA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR USTED ES INCORRECTA, ES POSIBLE QUE SE LE NIEGUE LOS BENEFICIOS. SI USTED, UN MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR, O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL HOGAR NOS DAN INFORMACION FALSA SOBRE EL PROPÓSITO, SE TOMARÁN ACCIONES LEGALES EN CONTRA DE USTED O MIEMBROS DE SU HOGAR. USTED O CUALQUIER ADULTO DE SU HOGAR TAMBIÉN SERA RESPONSABLE EN LA CANTIDAD DE LOS BENEFICIOS QUE EL HOGAR NO DEBIO HABER RECIBIDO. SI SU HOGAR RECIBE SNAP, DEBE SEGUIR LAS REGLAS QUE ESTA ANOTADOS A CONTINUACIÓN. CUALQUIER MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR DECLARADO CULPABLE POR UN TRIBUNAL O UNA AUDIENCIA DE DESCALIFICACIÓN ADMINISTRATIVA POR VIOLAR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES REGLAS O QUE FIRME UNA AUDIENCIA DE DESCALIFICACIÓN VOLUNTARIA SERÁ PROHIBIDO EN OBTENER BENEFICIOS DE SNAP POR: UN AÑO POR LA PRIMERA VIOLACIÓN, DOS AÑOS POR LA SEGUNDA VIOLACIÓN, Y PERMANENTEMENTE POR LA TERCERA VIOLACIÓN.

- NO proporcione información falsa o incompleta ni oculte información para obtener o continuar recibiendo SNAP.
- NO use beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
- NO use la tarjeta de SNAP de otra persona para su hogar.
- NO use su tarjeta de SNAP para comprar alimentos a crédito.
- NO intente comprar o vender sus beneficios de SNAP.

---

Entiendo la multa por ocultar o dar información falsa, también entiendo que el hogar puede deber el valor de beneficios de SNAP adicional recibido porque no reporté los cambios obligatorios requeridos. Acepto comprobar cualquier cambio reportado, si se me pide. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas según entiendo.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Identifique su relación con el hogar:

- ( ) Jefe de hogar  
( ) Miembro del hogar  
( ) Representante Autorizado del Hogar

---

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales 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), discapacidad, edad, 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. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese 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, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usdaprogram-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a 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 a USDA por:

Correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o Correo electrónico: [Program.intake@usda.gov](mailto:Program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

---

Si tiene alguna pregunta referente a su caso, por favor comuníquese al número (340) 772-7106 en St. Croix y al (340) 715-6936 en St. Thomas.

---

**Para uso en la oficina:**

**Nombre de Trabajador(a) :** \_\_\_\_\_

**Firma :** \_\_\_\_\_

**Fecha :** \_\_\_\_\_