



INFORME PROVISIONAL DE ASISTENCIA DE SNAP

Fecha de envío	Identificación del trabajador
De	Número del caso
Número de teléfono	Grupo de asistencia



Complete su informe provisional del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).

Complete, firme y devuelva el formulario adjunto con pruebas de los cambios a la oficina de JFS de su condado **antes del 15 de este mes.**

Nota: Si no devuelve su informe antes de la fecha límite, SE SUSPENDERÁN sus beneficios de SNAP. Esto no afecta ningún beneficio de asistencia de Medicaid que recibe de nuestra parte.

¿Qué es un informe provisional y por qué debo completar este formulario?

- El informe provisional es una revisión que se realiza a la mitad de un período a fin de verificar si se ha producido algún cambio en su caso. La oficina de Trabajo y Servicios Familiares (Job and Family Services, JFS) de su condado usará la información que proporcione para asegurarse de que aún cumple con los requisitos y que está recibiendo el monto correcto de beneficios.
- Si no devuelve este formulario antes de la fecha límite, se suspenderán sus beneficios. Si necesita ayuda para completar el formulario o tiene preguntas, comuníquese con la oficina de JFS de su condado.**

¿Qué cambios debo informar y por qué?

- Informe cualquier cambio en su hogar y envíe las verificaciones correspondientes.
- Los cambios informados pueden dar lugar un aumento, disminución o terminación de los beneficios.

Qué debe hacer con el informe provisional:

Puede completar este formulario y enviarlo por correo electrónico, correo postal, fax o llevarlo a la oficina de JFS del condado. Si lo lleva en persona, le proporcionarán un acuse de recibo.

Cómo completar su informe provisional en línea:


- 1 Inicie sesión o cree una cuenta en ssp.benefits.ohio.gov.
- 2 Haga clic en la sección "Access" (acceso) en el lado derecho de la pantalla.
- 3 Seleccione "Interim Reporting" (informe provisional) y siga las indicaciones.



Si su dirección cambia: notifique de inmediato a la oficina de JFS de su condado. Si el JFS no tiene su dirección correcta, usted no recibirá la información necesaria para continuar recibiendo asistencia.

Declaración de no discriminación del USDA

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 **(833) 620-1071**, 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:**



Correo:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o



Fax:

(833)-256-1665, o (202)-690-7442; o



Correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

No envíe información, como solicitudes o verificaciones, a la dirección del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) indicada anteriormente. Esta dirección es solo para quejas sobre derechos civiles. Envíe los materiales de la solicitud o las verificaciones a la oficina local de JFS de su condado.

INFORME PROVISIONAL DE SNAP

Responda todas las preguntas de este formulario. Si necesita más espacio, escriba sus respuestas en una hoja de papel adicional y adjúntela a este formulario.

Complete su información a continuación:

Tamaño del grupo de asistencia	Ingreso total bruto (<i>ingresos derivados y no derivados del trabajo</i>)
--------------------------------	--

Paso 1: Complete la información en este recuadro

Nombre (<i>nombre, inicial del segundo nombre, apellido</i>)			Número de teléfono principal		
Dirección postal			Dirección (<i>si es diferente</i>)		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal

Paso 2: Informe los cambios de su hogar en este recuadro

(A) ¿Ha habido algún cambio en los miembros de su hogar? No. NO ha habido cambios en los miembros de mi hogar. Sí. Complete los recuadros que figuran a continuación.		
Nombre de la primera persona (<i>nombre, inicial del segundo nombre, apellido</i>)	Relación	Fecha de nacimiento
Añadido	Eliminado	
Nombre de la segunda persona (<i>nombre, inicial del segundo nombre, apellido</i>)	Relación	Fecha de nacimiento
Añadido	Eliminado	
(B) ¿Se mudó de casa? No. NO me mudé. Sí. Me mudé. Anote su nueva dirección postal: _____ _____		

Si respondió "Sí. Me mudé", ¿sus gastos de vivienda se modificaron?

No. Mis gastos de vivienda **NO** cambiaron.

Sí. Mis gastos de vivienda cambiaron. Complete los recuadros que figuran a continuación y adjunte pruebas si desea que la oficina de JFS de su condado use los gastos de vivienda para determinar sus beneficios.

Alquiler o hipoteca por mes \$	Impuestos sobre la propiedad por mes \$	Seguro de propietario de vivienda por mes \$
-----------------------------------	--	---

Pago los siguientes servicios públicos
(marque todas las opciones que correspondan):

Teléfono	Recolección de basura	Alcantarillado
Agua	Electricidad	Gas

Nota: Adjunte comprobantes de **cada gasto**.
EJEMPLOS DE COMPROBANTES QUE PUEDE ADJUNTAR:

- Facturas de servicios públicos.
- Contratos de renta.
- Seguro del hogar.

(C) ¿Ha habido algún cambio en el ingreso mensual de alguno de los miembros? (por ejemplo, incluya los cambios en la tarifa de pago por hora, el salario, si es tiempo completo o parcial, así como la situación laboral).

No. **NO** ha habido ningún cambio.

Sí. Complete los recuadros que figuran a continuación y adjunte pruebas
(por ejemplo, recibos de ingresos, de nómina o formularios W-2).

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Tipo de cambio	¿Cuánto recibe de ingreso al mes? \$
Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Tipo de cambio	¿Cuánto recibe de ingreso al mes? \$
Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Tipo de cambio	¿Cuánto recibe de ingreso al mes? \$

(D) Si está sujeto al requisito de trabajo para adultos sanos sin dependientes (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD), ¿sus horas de trabajo disminuyeron a menos de 20 por semana (u 80 por mes)?

No. **NO** ha habido ningún cambio.

Sí. Mis horas de trabajo disminuyeron a menos de 20 por semana.

N/C. No corresponde.

(E) ¿El monto del ingreso no derivado del trabajo de alguno de los miembros se modificó por más de \$100?
(por ejemplo, SSI, manutención infantil, indemnización por desempleo)

No. **NO** ha habido ningún cambio.

Sí. Complete los recuadros que figuran a continuación y adjunte pruebas.

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Tipo de ingreso	¿Cuántos ingresos recibe al mes? \$
---	-----------------	--

Nombre <i>(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)</i>	Tipo de ingreso	¿Cuánto recibe de ingreso al mes? \$
Nombre <i>(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)</i>	Tipo de ingreso	¿Cuánto recibe de ingreso al mes? \$
(F) ¿Ha habido algún cambio en el monto que paga alguno de los miembros por manutención infantil? No. NO ha habido ningún cambio. Sí. Complete los recuadros que figuran a continuación y adjunte pruebas.		
Nombre <i>(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)</i>	Obligación de manutención infantil por mes	
(G) ¿Usted o algún miembro de su hogar ha obtenido una ganancia de \$4,500 o más (antes de retenciones) en juegos de lotería o apuestas? No/no corresponde. Sí. Complete los recuadros que figuran a continuación y adjunte pruebas.		
Nombre <i>(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)</i>	Fecha en que obtuvo las ganancias	Monto de las ganancias \$

Este formulario continúa en la siguiente página



Paso 3: Lea con atención, firme y escriba la fecha

Al firmar este formulario:

- Entiendo y certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas en este Informe provisional son correctas y completas a mi leal saber y entender.
- Entiendo que las sanciones por fraude son las siguientes: me pueden enviar a prisión hasta por 20 años y multar por hasta \$250,000. Asimismo, es posible que deba reembolsar los beneficios si no cumplía con los requisitos para recibirlos. La primera vez que infrinja las normas de forma intencional, no podré obtener los beneficios de SNAP durante un año; la segunda vez, durante dos años y, después de la tercera vez, no podré obtener los beneficios de SNAP de forma permanente.
- Entiendo y acepto proporcionar todos los documentos necesarios para completar mi informe provisional.
- Entiendo y acepto que la oficina de JFS de mi condado puede comunicarse con otras personas u organizaciones con el fin de obtener las pruebas necesarias para comprobar mi elegibilidad y nivel de beneficios.
- Entiendo que, en algunos casos, es posible que me pidan otorgar mi consentimiento a la oficina de JFS de mi condado a fin de que se comuniquen con las personas u organizaciones necesarias para determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que cualquier cambio informado en esta notificación puede dar lugar a una reducción o terminación de los beneficios.
- Entiendo que, incluso después de entregar este formulario, estoy obligado a informar los siguientes cambios que puedan producirse antes de realizar la recertificación:
 - 1) Si mi ingreso mensual bruto supera el límite de ingresos mensuales del 130 % del nivel federal de pobreza para el tamaño de mi grupo de asistencia.
 - 2) Si un miembro de mi grupo de asistencia está sujeto al requisito de trabajo para adultos sanos sin dependientes (ABAWD) y el número de horas de trabajo de dicho miembro o más se reduce a menos de 20 horas por semana u 80 horas promedio por mes.
 - 3) Y, si algún miembro de mi hogar obtiene una ganancia de \$4,500 o más en juegos de lotería o apuestas.

Firma

Fecha



Paso 4: Devuelva este formulario y adjunte pruebas de cualquier cambio antes de la fecha límite que se indica en la página 1

COMPLETADO POR EL CONDADO:

Contacto del condado	Dirección del condado	
Número de teléfono del condado	Número de fax del condado	Número del caso