

Mid-Certification Review (Revisión de certificación intermedia)

Para seguir obteniendo beneficios, debe completar su mid-certification review (revisión de certificación intermedia) por correo, puntos de entrega o teléfono.

<p>Para dinero en efectivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> responda cada una de las preguntas; presente prueba de ingresos; presente comprobantes de todos los cambios; y Firme y devuelva este formulario de revisión. 	<p>Para Apoyo para las Familias Trabajadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> No es necesario que responda las preguntas 3, 4, 5 y 12. Debe presentar prueba de ingresos y de horas trabajadas. 	<p>Para Basic Food (Alimentos básicos):</p> <ul style="list-style-type: none"> No es necesario que responda las preguntas 3, 4, 5 y 12. Si recibe únicamente Basic Food (Alimentos básicos), no es necesario que presente prueba de ingresos para esta revisión. No obstante, puede presentar pruebas de una disminución en los ingresos para un posible aumento de beneficios. Firme y devuelva este formulario de revisión. 				
1. Nombre, dirección actual e información de contacto						
NOMBRE APELLIDO		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) DEL CLIENTE				
DIRECCIÓN EN DONDE VIVE CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL				
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE) CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL				
NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJES		NÚMERO(S) DE TELÉFONO SECUNDARIO(S) <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJES				
2. Personas que se han mudado a o de su casa						
¿Se ha mudado alguien a su casa o la ha abandonado? <input type="checkbox"/> Sí (cuéntenos más a continuación) <input type="checkbox"/> No						
NOMBRE	PARENTESCO CON USTED	FECHA EN LA QUE INGRESÓ	¿QUIERE BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA EN LA QUE ABANDONÓ		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. Embarazo (No es necesario para asistencia alimentaria)						
¿Alguien ha tenido un cambio de embarazo en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí (cuéntenos más a continuación) <input type="checkbox"/> No						
NOMBRE		FECHA PREVISTA DEL PARTO	FECHA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO			
4. Recursos del caso (No es necesario para asistencia alimentaria)						
¿Las personas de su grupo familiar disponen de recursos en efectivo? <input type="checkbox"/> Sí (cuéntenos más a continuación) <input type="checkbox"/> No						
PROPIETARIO	CHEQUES	CUENTA DE AHORROS	ACCIONES	BONOS		
	\$	\$	\$	\$		
	\$	\$	\$	\$		
5. Vehículos del caso (No es necesario para asistencia alimentaria)						
¿Alguien ha adquirido un vehículo en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí (cuéntenos más a continuación) <input type="checkbox"/> No						
PROPIETARIO	MARCA (EJEMPLOS: FORD, DODGE)	MODELO (EJEMPLOS: FOCUS, NEÓN)	AÑO DEL MODELO (EJEMPLOS: 1998, 2004)	VALOR ACTUAL	MONTO ADEUDADO	¿SE TRATA DE UN VEHÍCULO ALQUILADO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. Nuevos ingresos/Ingresos que han cesado						
¿Alguien ha comenzado o dejado de percibir ingresos en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí (cuéntenos más a continuación) <input type="checkbox"/> No						
(EJEMPLOS: TRABAJO NUEVO/SUBSIDIO DE DESEMPLEO/SEGURO SOCIAL/BENEFICIOS DE L&I/MANUTENCIÓN DE MENORES)						
NOMBRE DE LA PERSONA QUE PERCIBE LOS INGRESOS	EMPLEADOR U OTRA FUENTE DE INGRESOS	¿LOS INGRESOS INICIARON O CESARON? <input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Cese	FECHA DE INICIO DE LOS INGRESOS	FECHA DE FINALIZACIÓN DE LOS INGRESOS		

7. Ganancias en juegos de azar o lotería					
¿Alguien ganó \$4,500 o más en premios de lotería o juegos de azar en los últimos seis meses?					
<input type="checkbox"/> Sí (cuéntenos más a continuación) <input type="checkbox"/> No					
NOMBRE DEL GANADOR	ORIGEN DEL PREMIO	MONTO DEL PREMIO (SIN IMPUESTOS)	FECHA DE RECEPCIÓN		
		\$			
8. INGRESOS/INGRESOS DERIVADOS DEL TRABAJO AUTÓNOMO					
NOMBRE DE LA PERSONA QUE PERCIBE LOS INGRESOS	EMPLEADOR Y PERSONA DE CONTACTO QUE PUEDA VERIFICAR SUS INGRESOS	NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	TARIFA DE PAGO (EJEMPLOS: \$10 POR HORA/ \$1,200 POR MES/ \$2 POR BUSHEL)	HORAS SEMANALES TRABAJADAS	DÍAS DE PAGO (EJEMPLOS: LOS 10 Y 25 /CADA DOS VIERNES, CADA MARTES/A DIARIO)
			\$ por		
			\$ por		
Si usted u otra persona de su hogar es un adulto físicamente capacitado y sin dependientes y recibe asistencia alimentaria, ¿las horas de trabajo han disminuido por debajo de las 20 horas semanales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
9. Mantenimiento de menores que tiene obligación legal de pagar					
¿Alguien ha sufrido un cambio en su orden de manutención de menores? <input type="checkbox"/> Sí (cuéntenos más a continuación) <input type="checkbox"/> No					
PERSONA LEGALMENTE OBLIGADA A PAGAR LA MANUTENCIÓN DE MENORES	NOMBRE DEL MENOR CUBIERTO EN LA ORDEN DE MANUTENCIÓN	MONTO MENSUAL DE LA ORDEN DE MANUTENCIÓN DE MENORES	MONTO DE LA MANUTENCIÓN QUE PAGA AL MES		
			\$		
10. Ingresos procedentes de otras fuentes: se deben declarar los cambios en los ingresos no salariales del trabajo superiores a \$125 mensuales.					
NOMBRE DE LA PERSONA QUE PERCIBE LOS INGRESOS	FUENTE DEL INGRESO (EJEMPLOS: SEGURO SOCIAL/MANUTENCIÓN DE MENORES/BENEFICIOS DE L&I/SUBSIDIO DE DESEMPLEO)	FRECUENCIA DE RECEPCIÓN (EJEMPLOS: SEMANALMENTE /MENSUALMENTE)	IMPORTE RECIBIDO CADA MES		
			\$		
			\$		
11. Renta/Hipoteca/Impuestos y tarifas obligatorias					
ENUMERE LOS MONTOS MENSUALES DE LOS SIGUIENTES GASTOS			ENUMERE LOS MONTOS ANUALES DE LOS SIGUIENTES GASTOS SI NO ESTÁN INCLUIDOS EN SU HIPOTECA O ARRENDAMIENTO		
Hipoteca/renta: \$ _____ ¿Alguna parte de su hipoteca/renta la paga otra persona o una agencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuánto pagan: \$ _____ Cuánto paga usted: \$ _____ Renta del lugar: \$ _____ Tarifas de renta requeridas: \$ _____			Impuestos sobre bienes inmuebles: \$ _____ Seguro de propietario de vivienda: \$ _____ Tarifa de asociación/condominio: \$ _____		
12. Costos de los servicios públicos					
¿Qué servicios públicos paga su grupo familiar <u>aparte</u> de la renta o la hipoteca?					
<input type="checkbox"/> Calefacción (eléctrica/gas) <input type="checkbox"/> Electricidad (no calefacción) <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Teléfono particular/celular <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> He recibido una ayuda de la Low Income Home Energy Assistance Act (Ley de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos, LIHEAA) en los últimos 12 meses.					

13. Apercibimiento de sanción de asistencia alimentaria

Confirmamos con otras agencias si su información es correcta. Si alguna parte de la información es incorrecta, puede que quienes presentaron la solicitud para la asistencia alimentaria no la reciban.

Si algún miembro infringe las reglas deliberadamente, puede sufrir las siguientes consecuencias:

- Volverse objeto de acciones legales conforme a otras leyes federales y estatales pertinentes.
- Lo descalifiquen del SNAP durante un año y hasta de manera permanente.
- Reciba una multa de hasta \$250,000.
- Sea condenado a hasta 20 años de prisión.
- Lo descalifiquen del SNAP durante 18 meses más, si el tribunal lo ordena.

Si un tribunal lo declara culpable de:

Recibir beneficios en una transacción que involucra:

Puede que:

- La venta de una sustancia controlada..... Lo descalifiquen durante al menos dos años y hasta de manera permanente.
- La venta de armas de fuego, municiones o explosivos Lo descalifiquen de manera permanente.
- El tráfico de beneficios combinados por más de \$500 Lo descalifiquen de manera permanente.
- Un fraude de identidad o residencia Lo descalifiquen durante 10 años.

14. Registro de votantes

El Departamento ofrece servicios de registro de votantes como lo exige the National Voter Registration Act of 1993 (la Ley Nacional de Registro de Votantes de 1993). Solicitar o rechazar el registro para votar no afectará los servicios ni la cantidad de beneficios que puede recibir de esta agencia. Si quiere ayuda para completar el formulario de registro de votantes, se la brindaremos. Usted es quien decide si pedir o aceptar ayuda. Puede llenar el formulario de registro de votantes en privado. Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse para votar o a negarse a hacerlo, su derecho de privacidad al decidir si registrarse o solicitar el registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

¿Quiere inscribirse para votar o actualizar su registro de votantes? Sí No

15. Firma y fecha

Al firmar este formulario declaro que la información que he proporcionado en este documento es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Sé que la información que proporcione en este formulario puede interrumpir o reducir mis beneficios. Sé que es un delito recibir indebidamente beneficios en efectivo o de alimentos haciendo una declaración falsa deliberadamente o no declarando algo que sé que debo declarar. Entiendo que si proporcione información que sé que es incorrecta, podría ser procesado penalmente. Entiendo que las sanciones por infringir intencionadamente las normas de asistencia alimentaria incluyen la descalificación, multas o encarcelamiento Entiendo que si no proporcione pruebas de los cambios en los ingresos que aumentan mi beneficio en efectivo o asistencia alimentaria, los cambios no se utilizarán para determinar mis beneficios.

FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA