

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
FORMULARIO DE INFORME DE CAMBIO

Nombre del Caso: _____ Fecha: _____

Número de Caso o Número de Seguro Social: _____

SECCIÓN 1: PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)
PROYECTO DE SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA ANCIANOS (ESAP)

Si usted marca alguna de las casillas en esta sección, facilite la nueva información en la **Sección 3**.

CAMBIOS QUE SE LE REQUIERE REPORTAR

- El ingreso bruto mensual total de su unidad familiar excede el 130% de pobreza. Su ingreso bruto significa todo el dinero que su unidad familiar recibe incluyendo los salarios antes de los impuestos u otras deducciones, seguro social, SSI, contribuciones en efectivo, compensación por desempleo, manutención infantil, compensación laboral, etc.

PAUTAS DE INGRESO DE SNAP

Tamaño de Unidad Familiar	Ingreso Bruto Mensual (130 por ciento de pobreza)	Ingreso Neto Mensual (100 por ciento de pobreza)
1	\$1307	\$1005
2	\$1760	\$1354
3	\$2213	\$1702
4	\$2665	\$2050
5	\$3118	\$2399
6	\$3571	\$2747
7	\$4024	\$3095
8	\$4477	\$3444
Cada miembro adicional	\$453	\$349

- Cuando las horas de trabajo de un ABAWD son menos de 20 horas a la semana; se promedian menos de 80 horas al mes.

SECCIÓN 2: ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF)

Si usted marca alguna de las casillas en esta sección, facilite la nueva información en la **Sección 3**.

CAMBIOS QUE SE LE REQUIERE REPORTAR

- Si usted se muda a una nueva residencia o a una nueva dirección.
- Si usted u otro miembro de su unidad familiar comienza o pierde un empleo, han aumentado o disminuido las horas de empleo, y/o cambios en la tarifa de pago.
- Si usted u otro miembro de su unidad familiar comienza a recibir o ya no recibe ingreso no salarial (beneficios por desempleo, manutención infantil, SSA/SSI/VA, contribuciones en efectivo, Compensación Laboral, etc.).
- Si una persona se muda al hogar de usted o fuera de éste.
*Nota: Cuando usted sepa que una persona que vive temporalmente fuera de casa ya no regresará a la misma, usted debe reportar este cambio dentro de cinco días.
- Si está recibiendo guardería/transporte para participar en una actividad y deja de participar.

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

SECCIÓN 3: Nueva Información

Por favor facilite la información que corresponde a sus selecciones en las **Secciones 1 y 2** anteriormente.

Nueva dirección

Calle: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nuevo Empleo

¿Quién comenzó a trabajar? _____

Empleador _____ Teléfono # _____

Dirección del Empleador _____

Ingreso Bruto Mensual _____

Nuevos Miembros de la Unidad Familiar

¿Quién se mudó al hogar? _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Quién se mudó fuera del hogar? _____

SECCIÓN 4: Información Opcional

En esta sección puede reportar voluntariamente cualquier otro cambio.

Monto de Renta _____ Monto de Hipoteca _____ Impuestos a la propiedad _____ Seguro de Vivienda _____

Cualquier otro cambio adicional que quisiera reportar:

Advertencias y Sanciones de SNAP

Cuando una unidad familiar recibe beneficios de SNAP, debe obedecer ciertas normas. Las normas son las siguientes:

- **NO** dar información falsa, incorrecta o incompleta.
- **NO** comprar artículos no elegibles tales como bebidas alcohólicas o tabaco con los beneficios de SNAP.
- **NO** usar su tarjeta EBT para pagar por comida cargada a una cuenta de crédito.

Los infractores de las anteriores normas no podrán obtener beneficios de SNAP por un periodo de 1 año o de manera permanente y se les puede multar hasta \$250.000 o encarcelarles por hasta 20 años o las dos cosas por violaciones de \$5000 o mayores. Un tribunal puede añadirle también a un individuo una restricción adicional de 18 meses de participación en el programa SNAP.

- **NO** comprar o vender armas de fuego, municiones o explosivos con beneficios de SNAP; si lo hace, jamás podrá obtener nuevamente beneficios de SNAP.
- **NO** comprar o vender drogas ilegales con los beneficios de SNAP.
- **NO** comerciar, vender o alterar Tarjetas de Beneficio Electrónico (EBT); si lo hace, no podrá obtener beneficios de SNAP por 24 meses por la 1era ofensa y de manera permanente por la 2da ofensa.
- **NO** usar la tarjeta EBT o beneficios de SNAP de otras personas.
- **NO** recibir beneficios de SNAP en más de un estado por el mismo mes. Todo individuo que haya sido descubierto haciendo declaraciones o representaciones fraudulentas de identidad o residencia será inelegible para recibir beneficios de SNAP por 10 años.

Firma:

Entiendo la sanción por ocultar o dar falsa información. Acepto facilitar prueba de todo cambio que reporte si se me pide.

Firma: _____ Fecha: _____