Informe semestral del Departamento de Servicios Sociales, autorización de elegibilidad (DSS EA-214) 10/26
Programas TANF y SNAP
Departamento de Servicios Sociales

Caso N°.: _____ Sección: 1

Especialista en beneficios:
Dirección del remitente:

Número de caso: TANF: ☐ SNAP: ☐ MED: ☐
Nombre del caso y dirección postal:

Su caso se cerrará si este formulario llega tarde, no se llena correctamente o no envía pruebas en los puntos que digan "ENVÍE PRUEBAS". Si necesita más espacio para responder a alguna pregunta, adjunte una hoja aparte.

Llene, firme y devuelva este formulario completo a su especialista en beneficios a más tardar el 14 de _____

Recuerde informar lo siguiente

- Si su grupo familiar supera el límite de ingresos para un hogar de su tamaño
- Un adulto capacitado sin personas a cargo (Able-Bodied Adult Without Dependents, ABAWD) deja de trabajar o reduce sus horas a menos de 20 horas a la semana
- Si alguien recibe un premio de lotería o juegos de azar superior a $4750 para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o superior a $2000 en caso de aplicar al Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
- Si recibe TANF, ¿ha recibido algún premio de lotería o juegos de azar superior a $2,000?

Para uso exclusivo de la Agencia:

Fecha de recepción:

Informe semestral de: _____

MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

1. Miembros actuales:

Si alguna de las personas mencionadas anteriormente se ha marchado o tiene previsto marcharse, marque con un círculo el nombre de la(s) persona(s) e indique la(s) fecha(s) en que se ha(n) marchado o la(s) fecha(s) en que se marchará(n). _____

2. ¿Se ha mudado o se va a mudar alguien a su casa antes del 1 del mes que viene? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, complete la información a continuación. ***Estado civil: N-Nunca casado/a, C-Casado/a, D-Divorciado/a, S-Separado/a, V-Viudo/a**

¿Quién?	Fecha de llegada	Relación con usted	*Estado civil	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Ciudadano	¿Compran y preparan comida con usted?	Raza	Último grado completado	Sexo
						☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No			
						☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No			

Completar el Número de Seguro Social (SSN) o la ciudadanía es opcional para las personas que no están solicitando asistencia. La presentación del SSN de todos los miembros del grupo familiar que soliciten asistencia es obligatoria en virtud de la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008 modificada por la Ley Pública 11-246. Los SSN se utilizan para comprobar la identidad de los miembros del grupo familiar, evitar participación duplicada y facilitar los cambios masivos. También se utilizan en la comparación informática con otras agencias federales y estatales para asegurarse de que su grupo familiar cumple los requisitos para recibir los beneficios del programa SNAP. Los miembros del grupo familiar que se nieguen o no puedan facilitar un SSN no tendrán derecho a los beneficios de SNAP. Informar la raza es voluntario y no afectará a la elegibilidad ni a los beneficios.

3. ¿Recibió algún NUEVO miembro del grupo familiar beneficios de SNAP o alimentos de programas de asistencia en algún estado en el último mes? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, ¿de dónde?_____

GASTOS

4. ¿Se ha mudado o se va a mudar desde la última vez que informó su dirección? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, ENVÍE PRUEBAS de su nueva dirección y de su parte del importe del alquiler o hipoteca.

Nueva dirección:_____ Fecha en que se mudó o se mudará:_____
(Calle, ciudad, estado, código postal)

Dirección postal (si es diferente a la indicada anteriormente): _____

4a. Si se ha mudado, ¿qué servicios públicos paga? **Marque las casillas junto a todo lo que corresponda y ENVÍE PRUEBAS si paga algún gasto.**

☐ Calefacción (Si es calefacción de leña: ☐ Comprada ☐ Cortada) ☐ Aire acondicionado ☐ Pagos de verano por aire acondicionado ☐ Combustible para cocinar ☐ Electricidad
☐ Teléfono ☐ Agua ☐ Recolección de basura ☐ Alcantarillado ☐ Pago todos los servicios indicados ☐ No pago ningún servicio ☐ Recibo asistencia energética (LIEAP)

5. ¿Tuvo usted o algún miembro de su grupo familiar algún cambio en los pagos de manutención infantil ordenados por un tribunal? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, llene las casillas a continuación y ENVÍE PRUEBAS

¿Quién pagó?	¿Importe pagado?	¿Fecha de pago?	¿A quién se lo pagó?

INGRESOS

6. ¿Tiene usted o algún miembro de su grupo familiar, incluidos los niños, ingresos por trabajo? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, complete la información a continuación. Si los ingresos del trabajo cambiaron en más de $100 desde la última vez que los reportó, ENVÍE PRUEBAS de los últimos 30 días.

¿Quién está trabajando?	Empleador	Horas trabajadas al mes	Ingresos brutos de los últimos 30 días	Propinas	¿Con qué frecuencia recibe pagos?
			$	$	☐ semanal ☐ cada dos semanas ☐ mensual ☐ dos veces al mes ☐ Otro
			$	$	☐ semanal ☐ cada dos semanas ☐ mensual ☐ dos veces al mes ☐ Otro

***Trabajo por cuenta propia:** presente libros de contabilidad que muestren los ingresos brutos y los gastos si se trata de un negocio nuevo o si el negocio actual ha tenido un cambio sustancial en los ingresos netos.

7. ¿Usted o algún miembro del grupo familiar ha dejado de trabajar o ha reducido su jornada laboral en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, llene las casillas a continuación **y ENVÍE PRUEBAS.**

¿Quién ha dejado de trabajar o ha reducido su horario?	Lugar de trabajo	Si dejó de trabajar, ¿por qué? Si se redujo el horario, ¿cuántas horas a la semana trabaja?	Si dejó de trabajar, ¿cuándo recibió o recibirá el último pago?

8. ¿Ha empezado usted o algún miembro de su grupo familiar un nuevo trabajo o ha cambiado de trabajo desde la última vez que presentó un informe, o espera que alguien empiece o cambie de trabajo? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, llene las casillas a continuación y ENVÍE PRUEBAS.

Quién	Lugar de trabajo	Fecha de inicio	Salario por hora	Horas a la semana	¿Cuándo recibirá su primer pago?	¿Con qué frecuencia recibe pagos?
			$			☐ semanal ☐ cada dos semanas ☐ mensual ☐ dos veces al mes

9. ¿Recibe usted o alguien de su grupo familiar dinero que no proceda de su trabajo? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, llene las casillas a continuación. Si el dinero no procedente del trabajo ha cambiado en más de $100 desde la última vez que lo reportó, ENVÍE PRUEBAS.

Ejemplos de ingresos no laborales: manutención infantil, Seguridad Social, ingreso de seguridad suplementario (Supplemental Security Income, SSI), asistencia general (General Assistance, GA), pensiones, seguro de desempleo, indemnización por accidente laboral, prestaciones militares, dividendos, prestaciones para veteranos, pensión alimenticia, ingresos por alquiler, pagos retroactivos, indemnizaciones de seguros, premios de lotería o juegos de azar, pagos por acogida temporal, tutela o adopción, etc.

¿Quién?	Tipo de dinero	¿En qué fecha se recibió?	¿Cuánto se recibió?
			$
			$
			$

RECURSOS

10. ¿Tiene usted o algún miembro de su grupo familiar más de $3,000 (o $4,750 si tiene más de 60 años o tiene una discapacidad) en caso de aplicar al SNAP o más de $2,000 en caso de aplicar al TANF, en cuentasbancarias u otros recursos líquidos? (Ejemplos de recursos líquidos: efectivo, cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito, acciones, bonos, etc.) ☐ Sí ☐ No

11. ¿Ha cambiado usted o algún miembro de su grupo familiar de vehículo (comprado, vendido, intercambiado o añadido otro vehículo al grupo familiar) desde la última vez que lo reportó?

(Ejemplos de vehículos: automóviles, camiones, lanchas, autocaravanas, motocicletas, motos de nieve, vehículos todoterreno (ATV), etc.) ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, llene las casillas a continuación.

¿Quién?	Comprado/Vendido/Intercambiado/Agregado	Año	Marca	Modelo	Importe adeudado	Valor
	☐ comprador ☐ vendido ☐ intercambiado ☐ agregado				$	$
	☐ comprado ☐ vendido ☐ intercambiado ☐ agregado					

OTRA INFORMACIÓN

La solicitud de inscripción para votar o la negativa a hacerlo no afectará el importe de la asistencia que le proporcionará esta agencia.

12. **Si no está inscrito para votar en su lugar de residencia, ¿desea solicitar inscribirse hoy?** ☐ Sí ☐ No

Si no marca ninguna de las dos casillas, se considerará que ha decidido NO registrarse para votar en este momento. (Si no marca ninguna de las casillas, se considerará una negativa a registrarse para recibir asistencia, pero no se interpretará como una negativa por escrito para recibir una solicitud. Si no marca ninguna de las dos casillas, se le proporcionará un formulario de inscripción de votantes que podrá completar cuando pueda).

Si se registra para votar, la información relacionada con la oficina a la que se envió el formulario de registro para votantes será confidencial y solo se utilizará con fines de registro electoral. Si no se registra para votar, esta decisión será confidencial y solo se utilizará con fines de registro electoral. Si necesita ayuda para completar el formulario del registro electoral, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario del registro electoral en privado.

Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad a la hora de decidir si se registra o de solicitar el registro para votar o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una denuncia ante la Secretaría de Estado de South Dakota, ubicada en 500 E Capitol, Pierre, SD 57501, teléfono (605) 773-3537.

13. ¿Desea comunicar algo más a su especialista en beneficios? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, explíquelo a continuación. (Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte) Ejemplos: cambios en los gastos de cuidado de dependientes, cambios en la asistencia escolar, recibir el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIEAP), etc. _____

Si sus hijos cumplen los requisitos para recibir tanto SNAP como Medicaid, usaremos su determinación de SNAP para determinar su elegibilidad médica continua. Si esto no le parece aceptable, háganoslo saber.

Entiendo que mis beneficios pueden cambiar o interrumpirse debido a la información que he facilitado en este informe. Entiendo que dichos cambios pueden realizarse sin previo aviso. También entiendo que las leyes federales y estatales prevén multas o encarcelamiento para cualquier persona que reciba fraudulentamente, o intente recibir, beneficios de SNAP o TANF a los que no tiene derecho. Cualquier persona que haya cometido una infracción intencionada del programa SNAP o TANF a través de una audiencia administrativa o un tribunal de justicia será descalificada del programa SNAP o TANF durante 12 meses por la 1a infracción, 24 meses por la 2ª infracción y permanentemente por la 3ª infracción. Una persona también puede ser multada con hasta $250,000; encarcelada hasta 20 años, o ambas cosas, si es declarada culpable del uso no autorizado de los beneficios del SNAP. Si necesita ayuda con este formulario, puede llamar a su oficina local al número que aparece en el frente de este formulario.

Firma del beneficiario o representante autorizado _____ Fecha _____ Número de teléfono _____