DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES **STATE OF WISCONSIN**
Division of Health Care Financing
HCF 16076S (06/04)

FOOD STAMP SIX MONTH REPORT
(INFORME PROVISORIO SOBRE CUPONES DE ALIMENTOS)

Para evitar demoras en sus beneficios de cupones de alimentos, responda a todas las preguntas, firme este formulario y envíelo el _____a la agencia que se menciona en la parte superior. Adjunte todos los documentos que suministren prueba de sus repuestas e **incluya todos los talones de pagos** que cada miembro de su familia que trabaje haya recibido en el último mes. Para obtener más información sobre el suministro de pruebas consulte las instrucciones. El trabajador asignado a su caso se comunicará con usted en caso de necesitar más información para determinar su elegibilidad para los beneficios de cupones de alimentos.

AGENCIA CERTIFICADORA:

Número del caso:
Nombre del caso:
Su trabajador es:
Nombre:
Identificación Personal:
Número de teléfono:

---------- COMPLETE ESTE FORMULARIO CON TINTA AZUL O NEGRA. USE LETRA DE IMPRENTA. --------

SECCIÓN 1 – DOMICILIO E INFORMACIÓN SOBRE GASTOS DE VIVIENDA

El domicilio de su casa que figura en nuestros archivos es el que se menciona a continuación.

¿Se ha mudado a otro domicilio? ☐ Sí ☐ No Si contesta "No", pase a la sección 2, "Patrimonio de la familia". Si contesta "Sí", complete el resto de esta sección.

¿Cuál es su nuevo domicilio? En caso de no tener un hogar, escriba "Sin hogar" en el espacio que sigue.

Calle_____ Número de apto. _____

Ciudad _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

En caso de no tener teléfono, ¿en qué número de teléfono se lo puede ubicar? _____

Si paga alquiler o alquila un terreno, ¿cuánto paga? $_____por mes
(Si usted vive en una vivienda subvencionada, escriba la cantidad que usted tiene que pagar.)

Si tiene una hipoteca, ¿cuánto paga? $_____por mes

Impuestos inmobiliarios (en caso de que los pague en forma separada de la hipoteca) $_____por mes

Seguro de propietarios de vivienda (en caso de que lo pague de forma separada de la hipoteca) $_____por mes

¿Qué facturas de servicios públicos paga? (marque todas las opciones que correspondan)

☐ CALEFACCIÓN ☐ TELÉFONO ☐ AGUA o CLOACAS
☐ ELECTRICIDAD ☐ GAS PARA COCINAR ☐ RECOLECCIÓN DE BASURA

SECCIÓN 2 – PAGO DE SUSTENTO DE MENORES

¿Ha habido algún cambio en la obligación legal de algún miembro de su familia para pagar el sustento de menores?

☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", explique el cambio

SECCIÓN 3 – MIEMBROS DE LA FAMILIA

A continuación se mencionan los nombres de todas las personas que según nuestro registro viven en su casa. Revise los nombres y marque "Sí" en caso de que aún vivan con usted o "No" en caso contrario.

Sí	No	Sí	No	Sí	No
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Escriba a continuación la información referida a otras personas que actualmente estén viviendo con usted. Utilice otra hoja si necesita más espacio o si hay más personas viviendo en su casa.

Primer nombre_____ Apellido_____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)_____ Ciudadano de los Estados Unidos ☐ Sí ☐ No Sexo: ☐Masculino ☐ Femenino

Número de *Social Security*_____

¿En qué fecha se mudó esta persona a su casa? (mm/dd/aa)_____

¿Compra esta persona y prepara o comparte sus comidas con usted? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene esta persona alguna relación de parentesco con usted? ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", ¿cuál es la relación (por ejemplo, hijo, madre, hermano, hermana, etc.)? _____

SECCIÓN 4 – INGRESOS DE LA FAMILIA

A. ¿Algún miembro de su familia percibe ingresos (tales como remuneración por trabajo independiente)? ☐ **Sí** ☐ **No**
Si contesta "Sí", suministre la siguiente información por cada persona de su familia que trabaje.

Nombre completo	Empleador	Frecuencia de pago (semanal, quincenal, etc.)	Fecha de inicio

RECORDATORIO: DEBE ADJUNTAR TODOS LOS TALONES DE PAGOS RECIBIDOS EN , DE CADA MIEMBRO DE SU FAMILIA QUE TRABAJE.

Ésta es la información que poseemos sobre los miembros de su familia que trabajan en forma independiente.

Nombre completo	Rubro	Ingreso mensual promedio

¿Esta información ha cambiado? ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", explique el cambio.

Si algún miembro de su familia percibe ingresos por trabajo independiente y no se lo ha mencionado anteriormente, complete la siguiente información.

Nombre completo	Rubro	Ingreso mensual promedio	Fecha de inicio del empleo independiente

B. ¿Algún miembro de su familia percibe otro tipo de ingreso? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contesta "Sí", indique a continuación la fuente y el monto de ingresos mensuales. Algunos ejemplos de otro tipo de ingresos son: pagos en concepto de sustento de menores, subsidio de desempleo, indemnización laboral o *Social Security*.

Nombre completo	Fuente de ingreso	Monto mensual

SECCIÓN 5 – FIRMA

Certifico que mis respuestas en este formulario son correctas y completas según mi leal saber y entender. Comprendo que la información que suministro en este formulario puede significar un cambio o el cese de mis beneficios. Comprendo también que el suministro intencional de información incorrecta puede ocasionar una multa o prisión.

FIRMA_____ Fecha de la firma_____

Para evitar demoras en sus beneficios de cupones de alimentos, devuelva este formulario antes del 5 de _____, a su agencia local. La dirrección se indica en la página 1 de este formulario.

RESET FORM