

STATE OF RHODE ISLAND  
P.O. Box 8709  
CRANSTON, RI 02920-8787

**ESTADO DE RHODE ISLAND  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS**

**Programa de Asistencia Alimentaria Suplementaria (SNAP)**  
(Anteriormente conocido como el Programa de Cupones para Alimentos)

Este es su informe semestral/provisorio. Usted debe hacer lo siguiente:

- Responder todas las preguntas de este formulario;
- Firmar y devolver el formulario a la dirección que se indica más arriba.

**Debe firmar en la línea indicada.**

No es necesario que se presente en la oficina en este momento. Si tenemos preguntas sobre la información que nos brinda, lo llamaremos.

**Escriba un número de teléfono al cual podamos llamarlo:**

\_\_\_\_\_.

**Si no completa y devuelve este formulario antes de la fecha estipulada, se cancelarán sus beneficios del SNAP.**

**DEBE RESPONDER CADA SECCIÓN A CONTINUACIÓN Y BRINDAR DOCUMENTACIÓN DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN LAS PREGUNTAS.**

---

**SECCIÓN 1 -- DIRECCIÓN E INFORMACIÓN SOBRE LOS COSTOS DEL REFUGIO**

---

**Si la dirección indicada arriba no es su dirección actual, escriba su dirección nueva a continuación. Si su dirección ha cambiado, debe adjuntar pruebas de su nueva dirección y de los gastos del refugio y de los servicios públicos.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mesmo que o seu endereço não tenha mudado, você pode informar e anexar prova de qualquer mudança de despesas com moradia e serviços de utilidade pública.**

¿Tiene gastos en el lugar donde reside actualmente?  SÍ  NO

Para recibir una deducción de los gastos, debe presentar documentos de prueba o verificación, como una copia del contrato de alquiler, de un recibo de alquiler, de un estado de cuenta de la hipoteca, de una factura de impuestos, de una factura del seguro de vivienda, de una factura de calefacción o de una factura de aire acondicionado.

Você tem despesas de aluguel ou quarto \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
 hipoteca \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
 impostos sobre propriedade imobiliária \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
 seguro residencial \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

¿Usted paga la factura de gas, combustible o electricidad u otra factura para el sistema de calefacción principal?

SÍ  NO

¿Usted paga la factura de electricidad o cargos adicionales a su alquiler por el aire acondicionado?

SÍ  NO

Si no tiene gastos de calefacción o refrigeración, enumere cualquier otro gasto que tenga donde vive:

Tipo de gasto \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_.  
 Tipo de gasto \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_.  
 Tipo de gasto \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_.  
 Tipo de gasto \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_.

---

## SECCIÓN 2: PAGOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL

---

¿Vive con alguna persona que deba pagar manutención infantil por orden judicial?

SÍ \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (incluir documento de prueba)  NO

---

## SECCIÓN 3: MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

---

Complete la tabla a continuación sobre cada persona de su grupo familiar. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Parentesco con usted	Fecha de nacimiento	Nº de Seguro Social
			USTED		

---

**SECCIÓN 4: INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR**

---

Brinde la siguiente información de las personas de su grupo familiar que tengan ingresos por trabajar. Debe incluir documentos que prueben el ingreso para los últimos treinta días, por ejemplo, recibos de sueldo. Si es un trabajador por cuenta propia, incluya declaraciones de ingresos brutos y gastos de empleo.

Persona con ingresos	Empleador/empresa	Monto/frecuencia
		Por
		Por
		Por
		Por

---

**SECCIÓN 5: INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO**

---

Brinde la siguiente información sobre las personas de su grupo familiar que tengan ingresos no derivados del trabajo. Estos son algunos ejemplos de este tipo de ingresos: Seguro Social, como seguro de jubilación, supervivencia y discapacidad (RSDI) o seguridad de ingreso suplementario (SSI); compensación por desempleo; manutención infantil; beneficios para veteranos de guerra; dividendos; intereses; pensión alimenticia y seguro por discapacidad temporal (TDI).

Persona con ingresos	Tipo de ingresos no relacionado con el trabajo	Monto/frecuencia
		Por
		Por
		Por
		Por

---

**SECCIÓN 6: FIRMA**

---

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender. Tengo conocimiento de que, en virtud de las Leyes Generales del estado de Rhode Island, artículo 40-6-15, podrá imponerse una multa máxima de \$1,000 o una condena a prisión de hasta cinco (5) años, o ambas, a toda persona que obtenga, intente obtener o ayude o induzca a otra persona a obtener asistencia pública a la que no tiene derecho, o bien que no declare premeditadamente sus ingresos, recursos o circunstancias personales ni informe que estos superan el monto informado anteriormente. Comprendo que la información que brindo en este formulario puede provocar cambios en mis beneficios o la cancelación de estos.

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**Tiene DERECHO** a recibir un trato no discriminatorio. De acuerdo con el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y sus enmiendas (29 U.S.C. 794), la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), el título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente denominada Ley de Cupones para Alimentos), la Ley de Discriminación por Edad de 1975, las reglamentaciones de aplicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (45 C.F.R. Partes 80 y 84), las reglamentaciones de aplicación del Departamento de Educación de los Estados Unidos (34 C.F.R. Partes 104 y 10,6), y el Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (7 C.F.R. 272.6), el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Rhode Island no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, religión, creencias políticas, edad o sexo en la aceptación o la prestación de servicios, el empleo o el trato, así como en sus actividades y programas educativos o de otra índole. En virtud de otras disposiciones de la legislación pertinente, el DHS no discrimina sobre la base de la orientación sexual. Para obtener más información sobre estas leyes, reglamentaciones y los procedimientos para la resolución de reclamos por discriminación del DHS, comuníquese con el DHS a la siguiente dirección: 206 Elmwood Avenue, Providence, Rhode Island 02907, número de teléfono 415-8500 (462-6239 o 711 para personas sordas o con problemas de audición). El oficial de enlace de relaciones comunitarias es el coordinador de la implementación del título VI; el administrador, o la persona designada, de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) es el coordinador de la implementación del título IX, el artículo 504 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). El director del DHS, o la persona designada por este, tiene la responsabilidad general del cumplimiento de los derechos civiles por parte del DHS.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA y sus organismos, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, edad o creencias políticas o ejercer represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre programas (por ejemplo, braille, letra grande, audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con el organismo (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o que tienen dificultades de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Además, la información de los programas también puede proporcionarse en otros idiomas que no sean inglés. Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA (AD-3027), que se encuentra en el siguiente sitio web:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA que contenga toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico:

program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Tiene DERECHO a la confidencialidad.** El Departamento utiliza la información sobre usted y otros miembros de su hogar únicamente con fines directamente relacionados con la administración de los programas y de conformidad con las normas de privacidad de la información médica de identificación personal de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

El Departamento no publica información sobre usted ni otros miembros del grupo familiar sin su consentimiento, a excepción de lo estipulado en las Leyes Generales de Rhode Island, artículos 40-6-12 y 40-6-12.1, así como en las reglamentaciones establecidas en los manuales de políticas del DHS y el SNAP. Toda persona hallada culpable de haber infringido las disposiciones de las Leyes Generales de Rhode Island, artículo 40-6-12, será considerada culpable de una falta. Los infractores están sujetos a una multa máxima de doscientos dólares (\$200), una condena a prisión de hasta seis (6) meses, o ambas.

**El cuadro a continuación le muestra ejemplos de los documentos que deberá enviar junto con este Formulario de informe provisorio. Devuelva este Formulario de informe provisorio completado incluso si no tiene todos estos documentos. Si necesita ayuda para obtenerlos, puede comunicarse con el trabajador mencionado en la página 1 de este formulario.**

<b>Ingresos obtenidos</b>	Recibos de sueldo o declaración escrita en papel con membrete del empleador que demuestren los ingresos antes de impuestos, las fechas de pago, el cronograma de trabajo por hora y la cantidad de horas trabajadas durante las últimas cuatro semanas.
<b>Costos de residencia y refugio</b>	Recibo de alquiler, declaración de pago de hipoteca, contrato de alquiler/arrendamiento, declaración del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUB), declaración de la persona que comparte los gastos del refugio, facturas de servicios públicos, declaración de la compañía de servicios públicos o declaración del propietario.
<b>Manutención infantil que usted paga</b>	Si su obligación de pagar manutención infantil ha cambiado, presente una copia de la orden judicial.
<b>Ingresos no relacionados con el trabajo</b>	Copia más reciente del cheque o la carta de asignación del Seguro Social, prueba de desempleo, indemnización laboral, pensión, manutención infantil, pensión alimentaria o TDI recibidos.