

**Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur**  
**FORMULARIO DE INFORME DE CAMBIOS**

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**

<b>Tamaño de Unidad Familiar</b>	<b>Ingreso Bruto Mensual (130 por ciento de pobreza)</b>	<b>Ingreso Neto Mensual (100 por ciento de pobreza)</b>
1	\$1354	\$1041
2	\$1832	\$1410
3	\$2311	\$1778
4	\$2790	\$2146
5	\$3269	\$2515
6	\$3748	\$2883
7	\$4227	\$3251
8	\$4705	\$3620
Cada miembro adicional	\$479	\$369

- Cuando las horas de trabajo de un ABAWD sean menos de 20 horas a la semana; o promedien menos de 80 horas al mes.
- Cuando un miembro de la unidad familiar gane premios de lotería o apuestas en un solo juego en cantidades iguales o mayores a \$3500 antes de impuestos u otras retenciones.

**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 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: \_\_\_\_\_

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur  
**FORMULARIO DE PREFERENCIA DEL VOTANTE**

**Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría hacer la solicitud para registrarse para votar?** (Por favor marque una)

- Sí**, me gustaría registrarme para votar.
- Estoy registrado, pero **no** en mi dirección **actual**.
- No**, estoy registrado en mi dirección **actual**.
- No**, pero usaré la Solicitud de Registro de Votante por Correo.
- No**. No deseo registrarme para votar en este momento.
- No**. No soy elegible para votar.
- No**. Me estoy negando a registrarme.

**SI NO MARCA UNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.**

\_\_\_\_\_  
Firma de solicitante/declinante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Avisos importantes**

- Si cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o declinar registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si va a registrarse o al solicitar registrarse para votar, o su derecho de elegir su preferencia de partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja con el siguiente: Director Ejecutivo en la Comisión Electoral del Estado de Carolina del Sur 1122 Lady Street, Suite 500 P.O. Box 5987 Columbia, SC 29205 o llamar al 803-734-9060 fax al 803-734-9366 o envíe un correo electrónico a [elections@elections.sc.gov](mailto:elections@elections.sc.gov). Esta dirección es solo para quejas en relación a su derecho de votar.
- Si quisiera recibir ayuda para llenar la solicitud de registro del votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Para recibir ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro de votante fuera de la oficina, llame al 1-800-616-1309.
- El hecho de hacer la solicitud para votar o declinar hacer la misma **no** afectará el monto de asistencia que le proporcionará esta agencia.
- Si se registra para votar, la ubicación donde se entregó su solicitud permanecerá confidencial. Si declina registrarse para votar, este hecho permanecerá confidencial. El hecho de hacer la solicitud para votar o declinar hacer la misma **solo** se usará para efectos del registro de votantes.

**REGRESE ESTE FORMULARIO AL DSS:**  
South Carolina Department of Social Services  
Centralized Scan Center  
P.O. Box 100203  
Columbia, SC 29202-3203