

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

Tamaño de Unidad Familiar	Ingreso Bruto Mensual (130 por ciento de pobreza)	Ingreso Neto Mensual (100 por ciento de pobreza)
1	\$1383	\$1064
2	\$1868	\$1437
3	\$2353	\$1810
4	\$2839	\$2184
5	\$3324	\$2557
6	\$3809	\$2930
7	\$4295	\$3304
8	\$4780	\$3677
Cada miembro adicional	\$486	\$374

- 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. 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