

PROGRAMA DE SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICION (FNS) AVISO DE INFORMACION NECESARIA

Nombre _____(1) Condado _____(2)

No. de ID Caso _____(3) Trabajador de FNS _____(4)

Lo siguiente es necesario para completar su Solicitud Recertificación Cambio (5)

Si no se recibe esta información a más tardar en _____(6) sus beneficios de FNS pudieran ser retrasados, negados, reducidos o terminados.

(7) Prueba de: Residencia (Domicilio) Identidad

Números de Seguro Social o comprobante de haberlo solicitado de _____.

Prueba de: Ciudadanía Estatus migratorio de _____.

Forma firmada de su Representante Autorizado _____.

Adjunte comprobantes de todos los ingresos recibidos durante los últimos 30 días. _____.

Correspondiente a los meses de _____.

Prueba de auto-empleo ingreso Agrícola y los recibos de los gastos correspondiente a los mese _____ o Declaración de Impuestos (Año _____).

Empleos varios: Registros que muestren la fecha en que trabajo, persona que le pago, fecha de pago, cantidad pagado y gastos relacionados todos los ingresos recibidos durante los últimos 30 días. _____.

Prueba de: Seguro Social VA Compensación de Trabajadores Pensión/Retiro Renta/Asistencia de Serv.(Utility)
 Pagos por discapacidad Child Support (Manutención Infantil) Alimony (Pensión Alimenticia) Ingreso por intereses Otro _____.

Carta de cualquier persona que: le da dinero cada mes. Le paga renta a usted cada mes.

Cita para entrevista. Para completar su solicitud usted debe ser entrevistado. Si no puede asistir a esta cita, contáctenos para programar otra. Si no hace su entrevista, su solicitud será negada al pasar 30 días de la fecha de su solicitud. Venga en _____ a las _____ para hacer su entrevista.

Le llamaremos a las _____ en _____ para hacer su entrevista por teléfono.

Usted puede ser elegible para recibir servicio rápido. Si no completa su entrevista a más tardar en _____, puede ser que usted obtenga sus beneficios, pero puede perder su derecho al servicio rápido.

Usted perdió su cita. Es su responsabilidad el hacer una nueva cita para la entrevista. Si no hace la cita, su solicitud será negada a los 30 días de la fecha de su solicitud.

Otro: _____

Lo siguiente es necesario para contar sus deducciones. Si no nos da estos documentos, procesaremos su Solicitud Recertificación Cambio (8) sin deducciones. Si nos da esta información pudiera recibir más beneficios.

Pagos de Child Support hechos por _____ por los meses de _____.

(9) Cuentas medicas de _____ por los meses de _____.

(Incluya gastos de doctores, hospital, medicamentos, Pagos de Medicare Parte D, Pagos por Seguros Médicos, transportación al doctor, cuidado de enfermería o convaleciente, artículos médicos, cuidado dental, lentes, aparatos de audición).

Reembolsos de Medicaid u otro seguro Recibos de servicios de cuidado infantil

Prueba de: Renta Hipoteca Impuestos de Propiedad Seguro de propiedad

Otro _____

La agencia le puede asistir para obtener las verificaciones necesarias si su familia coopera. Entiendo que es mi responsabilidad el obtener la información para determinar mi elegibilidad de FNS. Si tengo problemas para obtener la información, se lo diré a mi trabajador del caso.

Firma del Cliente (10) _____ Testigo (11) _____ Fecha (12) _____

Firma del Trabajador del Caso (13) _____ Fecha (14) _____ Teléfono (15) _____

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA FORMA DSS-8650

Use esta forma para pedir comprobantes de la información, para solicitudes, recertificaciones o para reportar cambios. Permita a la Unidad de Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS) al menos 10 días para regresar la información necesaria.

NO NIEGUE O TERMINE LOS BENEFICIOS cuando la verificación de gastos deducibles no es entregada para la fecha límite de procesamiento. Procese el caso sin deducciones. Si después se proporcionan los comprobantes, procéselo como un cambio en la situación.

1. Nombre del Cliente
2. Nombre del Condado
3. Numero de Caso FNS del Condado
4. Nombre del Trabajador de FNS
5. Entre Solicitud, Recertificación o Cambio
6. Entre los comprobantes necesarios. Permita a la Unidad FNS al menos 10 días de calendario para regresar la información.
7. Marque las casillas correspondientes para solicitar la información necesaria. Si marca "Otro", especifique.
8. Entre Solicitud, Recertificación, o Cambio
9. Marque una o más casillas relacionadas con la información necesaria. Si marca "Otro", especifique.
10. Firma del Cliente (Si esta presente al tiempo de la petición)
11. Firma del Testigo, si es necesario.
12. Fecha en que firma el Cliente
13. Firma del Trabajador del Caso
14. Fecha en que firma el Trabajador del Caso
15. Teléfono del Trabajador del Caso