

**AVISO DE INFORMACION NECESARIA. PROGRAMA DE ALIMENTOS Y SERVICIOS DE NUTRICIOS (FNS)**

Nombre: \_\_\_\_\_(1) Condado \_\_\_\_\_(2)

Número de Caso \_\_\_\_\_(3) Trabajador del Caso \_\_\_\_\_(4)

La siguiente información es necesaria para completar su  Solicitud  Recertificación  Cambio(5)

**Si no recibimos esta información a más tardar el día \_\_\_\_\_(6) sus beneficios FNS pudieran ser retrasados, negados, reducidos o terminados.**

- (7) Prueba de:  Residencia (Lugar donde vive)  Identidad
- Tarjeta de Número de Seguro Social de \_\_\_\_\_.
- Prueba de:  Ciudadanía  Estatus Migratorio de \_\_\_\_\_.
- Firma de la forma del representante autorizado a más tardar el día \_\_\_\_\_.
- Salarios: Talones de cheques o carta de \_\_\_\_\_.  
Correspondiente a los meses de \_\_\_\_\_.
- Prueba de auto-empleo ingreso Agrícola y los recibos de los gastos correspondiente a los meses de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ o  Forma de impuestos (Año \_\_\_\_\_).
- Otras trabajos: Record que muestre las fechas que trabajo, persona que le pagó, fecha de pago, cantidad pagado, y gastos relacionados al trabajo por los meses de \_\_\_\_\_.
- Prueba de:  Numero de Seguro Social  VA  Compensación de Trabajador.  Pensión/Retiro
- Asistencia de renta/servicios públicos
  - Pagos por discapacidad  Manutención infantil  Mantenimiento de excónyuge  Ingresos de intereses
  - Otros \_\_\_\_\_.
- Declaración de cualquier persona que:  Le da dinero cada mes.  Le paga renta cada mes
- Cita para entrevista: Para completar su solicitud usted debe ser entrevistado. Si no puede venir a esta cita, llámenos para programarle otra. Si no hace su entrevista su solicitud será negada en un periodo de 30 días a partir de la fecha de su solicitud.  Su cita es el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ para hacer su entrevista.
  - Le llamaremos por teléfono a las \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ para completar su entrevista.
- Usted es potencialmente elegible para recibir servicios inmediatos. Si no completa su entrevista a más tardar el día \_\_\_\_\_ pudiera recibir beneficios, pero perder su derecho a servicios inmediatos.
- Usted perdió su cita: Es su responsabilidad el hacer otra cita para su entrevista. Si usted no hace su entrevista, su solicitud será negada a los 30 días.
- Otro: \_\_\_\_\_.

**Los siguientes documentos son necesarios para tomarle en cuenta sus deducciones. Si no nos envía estos documentos procesaremos su  Solicitud  Recertificación  Cambio (8) sin tomar en cuenta estas deducciones. Si nos proporciona ésta información es posible que obtenga más beneficios FNS.**

- (9) Manutención Infantil pagada por \_\_\_\_\_ correspondiente a los meses de \_\_\_\_\_.
- Cuentas Medicas de \_\_\_\_\_ correspondiente a los meses de \_\_\_\_\_.  
(Incluya cuentas de doctores, hospitales, medicina prescrita y sin prescripción, pagos de Premiums de Medicare Parte D, Pagos de Premiums de Seguro Medico, transportación al doctor, asistente, o cuidado de salud, equipo medico necesario, cuidado dental, anteojos, equipos para sordera.)
- Reembolsos de Medicare o Seguros privados  Recibos por cuidados
- Prueba de:  Renta  Hipoteca  Impuestos de Propiedad  Seguro de propiedad
- Otro: \_\_\_\_\_.

**Entiendo que es mi responsabilidad el obtener la información para determinar mi elegibilidad para el programa FNS. Si tengo problemas para obtener esta información se lo notificaré a mi trabajador del caso.**

Firma del Cliente (10) \_\_\_\_\_ Testigo (11) \_\_\_\_\_ Fecha (12) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador(13) \_\_\_\_\_ Date (14) \_\_\_\_\_ Teléfono (15) \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA FORMA DSS-8650

Use esta forma para solicitar verificación de información en el tiempo de la solicitud, recertificación o reporte de cambio. Se requieren 10 días calendario para enviar la información necesaria a la Unidad FNS.

NO NIEGUE O TERMINE BENEFICIOS cuando la información de gastos deducibles no es recibida en la fecha límite. Procese el caso sin deducciones. Si la información es recibida después, 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 FNS
5. Registre solicitud, recertificación o cambio
6. Fecha en que la información debe ser regresada. Permita a la Unidad FNS al menos 10 días calendario para regresar la verificación necesaria.
7. Marque una o más casillas de información necesaria. Si marca "Otro", especifique la información necesaria.
8. Registre solicitud, recertificación o cambio
9. Marque una o más casillas de información necesaria. Si marca "Otro", especifique la información necesaria.
10. Firma del Cliente (Si esta presente al tiempo de la solicitud)
11. Firma del testigo, si es necesaria
12. Fecha en que firma el cliente
13. Firma del Trabajador del Caso
14. Fecha en que el Trabajador del Caso firma
15. Numero de Teléfono del Trabajador del Caso