

Fecha: \_\_\_\_\_

**ASUNTO: Complete y envíe el informe adjunto para el día \_\_\_\_\_ 5, o sus beneficios se suspenderán.**

Estamos revisando su elegibilidad para recibir asistencia continua a través de nuestros programas y necesitamos conocer cualquier cambio en la situación de su hogar.

Esto es lo que debe hacer:

1. Complete y firme el informe provisional adjunto.
2. Haga copias de todos los documentos necesarios (p.ej. comprobantes de ingresos).
3. Envíe su informe y cualquier otro documento con el código de barras en el sobre prefranqueado incluido o mediante el cargador de documentos en línea. Deberá recibirse para el día \_\_\_\_\_ 5, o sus beneficios se suspenderán.

Puede enviar sus documentos en línea a [ahsuploader.vermont.gov](https://ahsuploader.vermont.gov). Este sitio web es únicamente para los documentos solicitados. Por favor, no use este sitio web para plantearnos preguntas o para compartir documentos que no se le hayan solicitado.

Si tiene alguna pregunta, llame al 1-800-479-6151.

**SI TIENE 3SquaresVT ACTIVO**

Puede ser elegible para recibir deducciones adicionales y mayores beneficios si:

- Paga manutención infantil ordenada por un tribunal
- Paga guardería (incluidos los costes de transporte)
- Tiene más de \$35 al mes en gastos médicos varios y tiene más de 60 años o una discapacidad

Para más detalles, llame al 1-800-479-6151.

## Su derecho de apelación de la Decisión del Departamento

**Si no está de acuerdo con una decisión, puede apelar.** Si decide apelar, recibirá una audiencia imparcial. Una audiencia imparcial es su oportunidad de contar su versión de los hechos a la Junta de servicios sociales. Puede representarse solo o disponer de un abogado o de otro representante que hable por usted. La Junta de servicios sociales revisará los hechos de su caso de una forma justa y objetiva. La Junta de servicios sociales decidirá si la decisión del departamento debe mantenerse o enmendarse. Si desea solicitar una audiencia imparcial, llame al Centro de Servicios de Beneficios al 1-800-479-6151 o la Junta de Servicios Sociales al 1-802-828-2536. Puede pedirle a alguien de su confianza que lo ayude a solicitar una audiencia imparcial.

**Luego de solicitar una audiencia imparcial, sus beneficios pueden continuar o puede volver a solicitarlos.** Mientras espera a que la Junta de Servicios Sociales tome una decisión, si solicitó una audiencia imparcial antes de que el departamento interrumpa o cambie sus beneficios, este puede continuar al nivel actual (excepto para el programa de combustible estacional), a menos que nos indique que no desea que continúe. Si sus beneficios están cerrados, puede volver a solicitarlos cuando lo desee.

### **Es importante que sepa lo siguiente:**

- Si la audiencia imparcial no decide a su favor, se le puede solicitar que devuelva cualquier beneficio que haya recibido durante este tiempo en el que no tuvo derecho a él.
- Si la audiencia imparcial decide a su favor, sus beneficios se reanudarán. Si no continuó recibiendo beneficios, recibirá un pago retroactivo.

## Derechos de las personas con discapacidad

¿Tiene alguna discapacidad física, mental o de aprendizaje que le dificulta hacer las cosas que le solicitamos? Podemos realizar cambios para ayudarlo.

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés) y las leyes de Vermont nos obligan a hacer cambios para que las personas con discapacidades puedan recibir beneficios públicos. Estos cambios se denominan adaptaciones razonables. Estos son algunos ejemplos de los cambios que podemos realizar:

- Si no puede escribir sus respuestas, alguien más puede hacerlo por usted.
- Podemos darle más tiempo o ayudarlo a obtener la documentación que necesita enviarnos.
- Puede llevar con usted a una persona que lo ayude cuando hable con nosotros.
- Podemos enviarle documentos con la letra más grande para que pueda leerlos.
- Podemos reunirnos con usted en su domicilio o por teléfono para que no tenga que presentarse en la oficina del distrito.

Hágale saber a un agente del Centro de Servicios de Beneficios si necesita que hagamos cambios para que pueda obtener los beneficios que necesita.

## Número de Seguridad Social (SSN)

Deberá proporcionar un SSN por cada persona que reciba los beneficios. No es necesario que proporcione el SSN de las personas que no reciben beneficios. La recopilación de los SSN es obligatoria según lo establecido en Código de los Estados Unidos 42, artículo 1320b-7. Algunos programas pueden eximir de este requisito a los miembros de una organización religiosa que se opongan a proporcionar números de Seguro Social. La ESD utiliza SSN para hacer cumplir los pagos de manutención infantil, evitar que las personas reciban beneficios duplicados, verificar la precisión y fiabilidad de la información proporcionada a la ESD y más.

## Penas por fraude a 3SquaresVT

Si usted o algún adulto de su hogar comete fraude o trafica con el beneficio de 3SquaresVT, es posible que se los excluya de los programas de 3SquaresVT. La exclusión será de un año en la primera infracción, dos años en la segunda y exclusión permanente en la tercera. Si usted o algún miembro de su hogar comercia o utiliza 3SquaresVT para comprar drogas, la exclusión será de dos años la primera vez y exclusión permanente la segunda. Si recibe beneficios de alimentos de dos estados distintos al mismo tiempo, la exclusión será de 10 años. Si usted o algún adulto de su hogar es declarado culpable de cualquier tipo de tráfico que supere los \$500 o incluya armas de fuego, municiones o explosivos por 3SquaresVT, la exclusión será permanente.

### **Si necesita servicios de interpretación...**

(Árabe) 1-855-247-3092 إذا أنت ترغب خدمات الترجمة الفورية اتصل برقم

Ako su Vam potrebne usluge tumačenja, pozovite 1-855-247-3092. (Bosnio)

စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းကိုအလိုရှိပါက 1-855-247-3092 သို့ ဖုန်းဆက်ခေါ်ပါ။ (Birmano)

Si vous avez besoin de services d'interprétation, appelez le 1-855-247-3092. (Francés)

Muğihe woba ushaka impfashanyo yo gusigurirwa, hamagara uyu murungo 1-855-247-3092. (Kirundi)

यदि तपाईंलाई दोभाषे सेवाको जरुरत परेमा 1-855-247-3092 मा कल गर्नुहोस्। (Nepalí)

Haddii aad u baahan tahay adeegyo turjumaan, wac 1-855-247-3092. (Somalí)

Si usted necesita servicios de interpretación, llame al 1-855-247-3092. (Español)

Ikiwa unahitaji huduma za ukalimani, piga simu 1-855-247-3092. (Swahili)

Nếu quý vị cần dịch vụ thông ngôn, hãy gọi 1-855-247-3092. (Vietnamita)

## INFORME PROVISIONAL

Para que continúe recibiendo los beneficios a través de la División de Servicios Económicos, debemos saber si se ha producido algún cambio en su hogar desde su solicitud o su última revisión.

### Esto es lo que debe hacer:

1. Complete, firme y devuelva este formulario (*con la página del código de barras incluida*), usando el sobre prefranqueado que le proporcionamos antes de la fecha indicada en la carta adjunta.
2. Incluya las copias de toda la documentación que necesite.
3. Si tiene alguna pregunta le pedimos que llame al 1-800-479-6151.

### 1. Por favor, proporcione su nombre, fecha de nacimiento y número de Seguridad Social.

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.)	Fecha de nacimiento	Número de Seguridad Social
---	---------------------	----------------------------

### 2. ¿Tiene activos Reach Up o Reach Ahead? Sí No

Si la respuesta es Sí, responda debajo.	Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 3.
<b>PREGUNTA</b> <span style="float: right;"><b>SI LA RESPUESTA ES SÍ, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES</b></span>	
¿Alguien en su hogar tiene ingresos de un empleo o de empleo autónomo (no experiencia de trabajo o servicio comunitario)?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Envíe un comprobante de las horas trabajadas y los ingresos recibidos en los últimos 30 días ( <i>p.ej. una declaración por escrito de un empleador o recibos de pago</i> ).  Deberá enviar este comprobante aunque sus ingresos no hayan variado. Si no lo hace, sus beneficios de Reach Up o Reach Ahead serán suspendidos.

### 3. ¿Tiene 3SquaresVT activo? Sí No

Si la respuesta es Sí, responda a todas las preguntas de las páginas 2 a 4.	Si la respuesta es NO, vaya directamente a la sección de firma en la parte inferior de la página 4.
---	---

## PREGUNTAS PARA 3SQUARESVT

⇒ Complete las preguntas restantes para TODOS los miembros del hogar.

⇒ Responda desde la fecha de su última solicitud/revisión de 3SquaresVT.

### 1. ¿Ha mudado su hogar de ubicación? Sí No Si la respuesta es Sí, proporcione los detalles debajo.

Nueva dirección física <input type="checkbox"/> Marque aquí si es una persona sin techo	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
Dirección de correo postal <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la anterior	Ciudad	Estado	Código postal	Número de mensajes

### 2. ¿Han cambiado sus gastos de vivienda? Sí No Si la respuesta es Sí, proporcione los detalles debajo.

**Si alquila su casa, proporcione los siguientes detalles:**  
El alquiler es de: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_. Esto incluye:  Calefacción  Electricidad  Aire acondicionado  Agua caliente

**Si es dueño de su vivienda, cuánto paga por:**

Solo hipoteca	Principal \$ _____ por _____	Intereses \$ _____ por _____
Préstamo con garantía hipotecaria	Principal \$ _____ por _____	Intereses \$ _____ por _____
Cuotas del condominio \$ _____ por _____	Alquiler del lote \$ _____ por _____	
Seguro de propietario (solo vivienda)	\$ _____ por _____	
Impuestos a la propiedad	Impuestos totales \$ _____	Pago estatal \$ _____
		Impuesto neto devengado \$ _____

**Si paga sus propios servicios, marque cuáles paga a continuación:**  
 Calefacción  Agua caliente  Cocina  Luz  Aire acondicionado  Teléfono

### 3. ¿Ha cambiado la cantidad de personas que vive en su hogar desde que presentó su solicitud o desde la última revisión?

Sí  No Si la respuesta es Sí, proporcione los detalles debajo.

Nombre y apellido	Ocupación/ Desocupación	SSN	Parentesco con usted	Género	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	¿Compra y prepara comida con usted?
	<input type="checkbox"/> Entrada <input type="checkbox"/> Salida Cuándo:			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Entrada <input type="checkbox"/> Salida Cuándo:			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Entrada <input type="checkbox"/> Salida Cuándo:			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Entrada <input type="checkbox"/> Salida Cuándo:			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**4. ¿Cambiaron los ingresos de alguien porque perdieron/comenzaron un trabajo o un negocio? (es decir, empleo o empleo autónomo)?**  Sí  No Si la respuesta es Sí, proporcione los detalles a continuación Y envíe los comprobantes de todos los ingresos recibidos en los últimos 30 días. Use más papel si es necesario.

Persona a la que le han variado los ingresos:	
¿Cuándo cambiaron sus ingresos?	
Empleador/otra fuente de ingresos:	
Ingresos mensuales brutos:	\$

**5. ¿Se ha modificado el ingreso NO DEVENGADO de su hogar más de \$100/mes?**

Sí  No Si la respuesta es Sí, proporcione los detalles debajo. (Los ingresos de rentas no laborales pueden incluir manutención infantil, beneficios por discapacidad, dinero recibido de parientes, beneficios por jubilación, SSI/AABD y beneficios para veteranos).

Nombre, inicial del segundo nombre	Tipo de ingresos	Cantidad bruta y frecuencia
		\$ por
		\$ por
		\$ por
		\$ por

**6. ¿Han aumentado los ingresos mensuales brutos (ingresos de rentas laborales y no laborales combinados) de su hogar por encima del 130 % del límite federal de pobreza (FPL) para un hogar del tamaño del suyo?**  Sí  No

Si la respuesta es Sí, envíe comprobantes de todos los ingresos recibidos en los últimos 30 días. Si la respuesta es NO o sus ingresos fueron superiores al 130 % en el momento de la certificación, los comprobantes de los ingresos NO son necesarios.

Tamaño del hogar	130 % FPL (nivel federal de pobreza)	Tamaño del hogar	130 % FPL (nivel federal de pobreza)
1	\$1473	5	\$3518
2	\$1984	6	\$4029
3	\$2495	7	\$4541
4	\$3007	8	\$5052

**Añada \$512 por cada miembro adicional del hogar**

**7. ¿Alguien compró un vehículo?**  Sí  No Si la respuesta es Sí, proporcione los detalles debajo

Año del vehículo	Marca del vehículo	Modelo del vehículo

**8. ¿Su hogar tiene más de \$2000 en activos líquidos?**  Sí  No

Si la respuesta es Sí, proporcione los detalles debajo. (p.ej. dinero en efectivo, en el banco, acciones, bonos y otros activos).

Tipo de recursos	Balance actual
	\$
	\$

**9. ¿Alguien paga manutención infantil ordenada por un tribunal?**  Sí  No

Si la respuesta es Sí, proporcione los detalles debajo Y envíe un comprobante de pago.

Persona que paga manutención infantil	Manutención infantil mensual ordenada por un tribunal
	\$
	\$

**10. ¿Hay alguna persona que pueda cumplir un requisito laboral porque puede trabajar, tiene entre 18 y 50 años y no tiene hijos de menos de 18 años en el hogar?**  Sí  No

Si la respuesta es Sí, responda a la pregunta a continuación.

Nombre de la persona:

¿Su horario semanal es menor a 20 horas por semana?  Sí  No

Si la respuesta es sí, explique por qué:

**LISTA DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBE ENVIAR:**

- Informe provisional completado
- Incluir código de barras en este paquete
- Si alguien paga manutención infantil, envíe el comprobante de pago
- Si recibe Reach Up o Reach Ahead: Envíe un comprobante de las horas trabajadas y los ingresos recibidos en los últimos 30 días (p.ej. una declaración por escrito de un empleador o recibos de pago).
- Si los ingresos de alguna persona cambiaron debido a haber perdido/iniciado un nuevo empleo o negocio, envíe los comprobantes de los ingresos recibidos en los últimos 30 días.

**DEBE FIRMAR DEBAJO**

*Al firmar a continuación, doy mi palabra, bajo amenaza de perjurio, de que la información proporcionada en la solicitud es correcta y completa, según mi leal saber y entender.*

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_