

Fecha: _____

ASUNTO: Complete y envíe el informe adjunto antes del día _____ 5 o finalizarán sus beneficios.

Estamos revisando su elegibilidad para recibir asistencia continua a través de nuestros programas y necesitamos saber acerca de cualquier cambio de situación de su grupo familiar.

Esto es lo que tiene que hacer:

1. Complete y firme el informe provisional adjunto.
2. Haga copias de todos los documentos requeridos (p. ej., comprobantes de ingresos).
3. Envíe su informe y cualquier otro documento con el encarte con código de barras en el sobre con franqueo pagado que se adjunta o utilizando la opción para cargar documentos en línea. Debe recibirse antes del día _____ 5 o finalizarán sus beneficios.

Puede enviar sus documentos en línea a través del sitio web ahsuploader.vermont.gov. Este sitio web es solo para los documentos solicitados. No utilice el sitio web para preguntas o para compartir documentos que no fueron solicitados.

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

SI USTED ESTÁ ACTIVO EN 3SquaresVT

Puede ser elegible para deducciones adicionales y un beneficio mayor en caso de:

- Pagar la manutención de los hijos según lo dictaminó el tribunal
- Pagar el cuidado de los niños (incluido el costo del transporte).
- Tener más de \$35 al mes en concepto de gastos médicos personales, si tiene más de 60 años o está discapacitado.

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

SU DERECHO A APELAR LA DECISIÓN DEL DEPARTAMENTO

Si no está de acuerdo con la decisión, puede apelar. En caso de apelar, usted obtendrá una audiencia imparcial. Una audiencia imparcial es su oportunidad de contar su historia a la Junta de Servicios Humanos. Puede representarse a sí mismo o pedirle a un abogado o a otra persona que hable en su nombre. La Junta de Servicios Humanos revisará los hechos de su caso de manera justa y objetiva. La Junta de Servicios Humanos decidirá si la decisión del departamento se debe confirmar o revertir. Si desea solicitar una audiencia imparcial, llame al Centro de Servicios de Beneficios al 1-800-479-6151 o a la Junta de Servicios Humanos al 1-802-828-2536. Puede pedirle a alguien de su confianza que le ayude a solicitar una audiencia imparcial.

Después de solicitar una audiencia imparcial, sus beneficios pueden continuar o puede volver a presentar una solicitud. Mientras espera la decisión de la Junta de Servicios Humanos, si solicitó una audiencia imparcial antes de que el departamento suspenda o cambie sus beneficios, sus beneficios pueden continuar en el nivel actual, excepto para el *Seasonal Fuel Assistance Program* (Programa de Asistencia de Combustible Estacional), a menos que nos comunique que no desea que continúen. Si sus beneficios se han cancelado, puede volver a solicitarlos en cualquier momento.

Es importante saber que:

- Si la audiencia imparcial no decide a su favor, se le puede pedir que reintegre cualquier beneficio que haya recibido durante este tiempo y a los que no tenía derecho.
- Si la audiencia imparcial decide a su favor, se restablecerán sus beneficios. Si no continuó recibiendo beneficios, recibirá un pago retroactivo.

Derechos de las personas con discapacidades

¿Tiene alguna afección física, mental o del aprendizaje que le dificulta hacer las cosas que le pedimos? Podemos hacer cambios para ayudarlo. La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) y la Ley de Vermont establecen que debemos hacer cambios para que las personas con discapacidades puedan obtener beneficios médicos y públicos. Estos cambios se denominan “adaptaciones razonables”. Estos son algunos ejemplos de cambios que podemos hacer:

- Alguien puede escribir sus respuestas si usted no puede.
- Podemos brindarle más tiempo o ayudarlo a obtener los documentos que debe entregarnos.
- Puede tener una persona de apoyo con usted cuando hable con nosotros.
- Podemos enviarle documentos con letras más grandes para que pueda leerlos.
- Podemos reunirnos con usted en su domicilio o por teléfono, sin necesidad de que acuda a la oficina del distrito. Informe a un agente del Centro de Servicios de Beneficios en caso de necesitar que hagamos cambios para que pueda obtener los beneficios que necesita.

Números de Seguro Social (SSN).

Debe proporcionar un número de Seguro Social por cada persona que solicite beneficios. No es necesario proporcionar los números de Seguro Social de las personas que no reciben beneficios. La recopilación de los SSN es obligatoria según el artículo 42 del Código de los Estados Unidos. § 1320b-7. Algunos programas pueden eximir este requisito para los miembros de una organización religiosa que se oponen a proporcionar números de Seguro Social. ESD utiliza los SSN para hacer cumplir los pagos de manutención infantil, evitar que las personas reciban beneficios duplicados, verificar la exactitud y confiabilidad de la información proporcionada a ESD, y más.

Sanciones por fraude de 3SquaresVT

Si usted o un miembro de su grupo familiar comete fraude o tráfico relacionado con 3SquaresVT, puede ser excluido del programa. La suspensión será de un año para la primera infracción, de dos años para la segunda y de forma permanente para la tercera. Si usted o un miembro de su grupo familiar intercambia o compra drogas ilegales utilizando los beneficios de 3SquaresVT, será excluido del programa por dos años en la primera infracción y de manera permanente en la segunda. Si usted recibe beneficios de alimentos de dos estados al mismo tiempo, la prohibición es de 10 años. Si usted o un miembro de su grupo familiar es declarado culpable de un solo caso de tráfico que supere los \$500, o de intercambiar armas de fuego, municiones o explosivos por beneficios de 3SquaresVT, la exclusión del programa será permanente.

If you need interpretation services...

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

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

ကော့ပြန် ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းကိုအလိုရှိပါက 1-855-247-3092 သို့ ဖုန်းဆက်ခေါ်ပါ။ (Burmese)

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

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

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

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

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

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. (Vietnamese)



INFORME PROVISIONAL

Para seguir recibiendo beneficios a través de la División de Servicios Económicos, necesitamos saber si existe algún cambio en su grupo familiar desde su solicitud o última revisión.

Esto es lo que tiene que hacer:

1. Complete, firme y devuelva este formulario, *junto con la página con código de barras incluida*, utilizando el sobre con franqueo pagado que se le proporcionó, antes de la fecha indicada en la carta de presentación adjunta.
2. Incluya copias de toda la documentación requerida.
3. Llame al 1-800-479-6151 si tiene alguna pregunta.

1. Indique su nombre, fecha de nacimiento y número de Seguro Social.

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

2. ¿Tiene una subvención de Reach Up-Caretaker Child Only? Sí No

(Cuidar a un niño que no es suyo por nacimiento, matrimonio o adopción).

<p>Si la respuesta es AFIRMATIVA, y usted recibe 3Squares, pase a la pregunta 4.</p> <p>Si la respuesta es AFIRMATIVA, y no recibe 3Squares, vaya directamente a la sección de firmas y no se requiere verificación de pago.</p>	<p>Si la respuesta es NEGATIVA, pase a la pregunta 3.</p>
--	---

3. ¿Tiene beneficios activos de Reach Up o Reach Ahead? Sí No

<p>Si la respuesta es AFIRMATIVA, responda a continuación.</p>	<p>Si su respuesta es NEGATIVA, pase a la pregunta 4.</p>
<p>PREGUNTA SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES</p>	
<p>¿Algún miembro de su grupo familiar tiene ingresos por cuenta propia o un trabajo remunerado (se excluye experiencia laboral o servicio comunitario)?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Envíe el comprobante de las horas trabajadas pagadas y los ingresos recibidos en los últimos 30 días (<i>por ejemplo, una declaración escrita de un empleador o recibos de pago</i>).</p> <p><i>Debe enviar este comprobante incluso si sus ingresos no han cambiado. Si no los tiene, sus beneficios de Reach Up o Reach Ahead se cancelarán.</i></p>

4. ¿Se encuentra usted activo en 3SquaresVT? Sí No

<p>Si la respuesta es AFIRMATIVA, responda todas las preguntas de la página 2 a 4.</p>	<p>Si la respuesta es NEGATIVA, vaya directamente a la sección de firmas al final de la página 4.</p>
--	---

Preguntas para 3SquaresVT

- Responda las preguntas restantes para TODOS los miembros de su grupo familiar.
- Responda a partir de la fecha de su última solicitud/revisión de 3SquaresVT.

1. ¿Su grupo familiar se mudó de su hogar? Sí No Si la respuesta es AFIRMATIVA, proporcione los detalles a continuación..

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

2. ¿Sus costos de vivienda han cambiado? Sí No Si la respuesta es AFIRMATIVA, proporcione los detalles a continuación.

Si es arrendatario de la vivienda, proporcione los detalles a continuación:

El alquiler tiene un valor de: \$_____ por _____. Incluye:
 Calefacción Luz Aire acondicionado Agua caliente

Si es propietario de la vivienda, ¿cuánto paga por:

Hipoteca únicamente	Principal: \$_____ por _____	Intereses: \$_____ por _____
Préstamo con garantía hipotecaria	Principal: \$_____ por _____	Intereses: \$_____ por _____
Gastos de mantenimiento del condominio \$_____ por _____	Alquiler del lote \$_____ por _____	
Seguro del hogar (solo la vivienda)	\$_____ por _____	
Impuesto sobre la propiedad	Impuesto total \$	Pago estatal \$
		Impuesto neto a pagar \$

Si usted paga sus propios servicios, marque a continuación:

Calefacción Agua caliente Cocina Luz Aire acondicionado Teléfono

3. ¿La composición de su grupo familiar ha cambiado desde su solicitud o última revisión?
 Sí No Si la respuesta es AFIRMATIVA, proporcione los detalles a continuación.

Nombre y apellido	Se mudó a la vivienda/Se mudó de la vivienda	SSN	Relación que tiene con usted	Género	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	¿Compra y prepara comida con usted?
	<input type="checkbox"/> Se mudó a la vivienda <input type="checkbox"/> Se mudó de la vivienda Cuándo:			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Se mudó a la vivienda <input type="checkbox"/> Se mudó de la vivienda Cuándo:			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Se mudó a la vivienda <input type="checkbox"/> Se mudó de la vivienda Cuándo:			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Se mudó a la vivienda <input type="checkbox"/> Se mudó de la vivienda Cuándo:			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4. ¿Ha cambiado el ingreso de alguien debido a la pérdida o inicio de un empleo o negocio?

(por ejemplo, empleo o trabajo por cuenta propia Sí No Si la respuesta es AFIRMATIVA, proporcione los detalles a continuación Y envíe un comprobante de todos los ingresos recibidos en los últimos 30 días. Utilice una hoja adicional si es necesario.

Personas con cambio en los ingresos:	
¿Cuándo cambiaron sus ingresos?	
Empleador/otra fuente de ingresos:	
Ingreso bruto mensual:	\$

5. ¿Han cambiado los ingresos NO DEVENGADOS de su grupo familiar en más de \$100 al mes?

Sí No Si la respuesta es AFIRMATIVA, proporcione los detalles a continuación.
(Los ingresos no devengados del trabajo podrían incluir la manutención de los hijos, beneficios por discapacidad, dinero de familiares, beneficios de jubilación, SSI/AABD y beneficios para veteranos).

Nombre, inicial del segundo nombre	Tipo de ingreso	Monto bruto y frecuencia
		\$ por

6. ¿Ha aumentado el ingreso bruto mensual del grupo familiar (ingreso devengado y no devengado combinado) por encima del 130 % del límite federal de pobreza (FPL) en función del mismo? Sí No

Si la respuesta es AFIRMATIVA, envíe un comprobante de todos los ingresos recibidos en los últimos 30 días. Si la respuesta es NEGATIVA o sus ingresos eran superiores al 130% en el momento de la certificación, entonces NO se requiere prueba de todos los ingresos.

Cantidad de personas que integran su grupo familiar	130% FPL	Cantidad de personas que integran su grupo familiar	130% FPL
1	\$1632	5	\$3963
2	\$2215	6	\$4546
3	\$2798	7	\$5129
4	\$3380	8	\$5712

Agregue \$583 por cada miembro adicional del grupo familiar

7. ¿Alguien adquirió un vehículo?

Sí No Si la respuesta es AFIRMATIVA, proporcione los detalles a continuación

Año del vehículo	Marca de vehículo	Modelo de vehículo

8. ¿Su grupo familiar tiene más de \$3,000 en activos líquidos? Sí No

Si la respuesta es AFIRMATIVA, proporcione los detalles a continuación. (p. ej., efectivo disponible, dinero en bancos, acciones, bonos y otros activos)..

Tipo de recurso	Saldo actual
	\$
	\$

9. ¿Alguien paga la manutención de los hijos según lo dictaminó el tribunal? Sí No

Si la respuesta es AFIRMATIVA, proporcione los detalles a continuación y envíe el comprobante de pago.

Persona que paga la manutención de los hijos	Manutención mensual de los hijos que dictaminó el tribunal
	\$
	\$

10. ¿Alguien tiene que cumplir con un requisito laboral porque puede trabajar, tiene entre 18 y 55 años y no tiene hijos menores de 18 años en el hogar? Sí No

Si la respuesta es AFIRMATIVA, responda las preguntas a continuación.

Nombre de la persona:

¿Sus horas semanales de trabajo se han reducido a menos de 20 horas semanales? Sí No

Si la respuesta es AFIRMATIVA, explique la razón:

LISTA DE DOCUMENTOS QUE DEBE ENVIAR:

- Informe provisional completo
- Encarte con código de barras incluido en este paquete
- Si alguien paga la manutención de los hijos, envíe el comprobante de pago
- Si usted recibe Reach Up o Reach Ahead, envíe el comprobante de las horas trabajadas y los ingresos recibidos en los últimos 30 días (por ejemplo, una declaración escrita de un empleador o recibos de pago).
- Si los ingresos de alguien cambiaron debido a que perdió/comenzó un trabajo o un negocio, envíe el comprobante de todos los ingresos recibidos en los últimos 30 días.

DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN

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

Nombre en letra de molde: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____