

Dirección del DSS:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

Número de identificación del caso: \_\_\_\_\_  
Trabajador del caso: \_\_\_\_\_  
Fecha en la que se envió el aviso: \_\_\_\_\_  
Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Postal del DSS:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Esta carta es para informarle que necesitamos que proporcione más información para procesar su solicitud de beneficios de FNS. A esto lo llamamos comprobante de información. Demuestra que lo que declaró en su solicitud es correcto. Necesitamos este comprobante para ayudarnos a decidir si puede obtener beneficios de FNS. Esta carta enumera lo que necesitamos y los pasos que debe seguir para hacérselo llegar.

Lo siguiente es necesario para completar su  Solicitud  Recertificación  Cambio

**¿Cómo puede darnos la información que necesitamos? Elija lo que sea más fácil para usted.**

- Por correo: puede enviar copias de los documentos a su agencia local .
- En persona: puede dejar copias de los documentos en su agencia local ya sea en la recepción o usando el buzón cerca de la entrada.
- Por fax: Puede enviar los documentos por fax a \_\_\_\_\_ .

**Si no se recibe esta información a más tardar en \_\_\_\_\_ sus beneficios de FNS pudieran ser retrasados, negados, reducidos o terminados.**

- Prueba de residencia (Domicilio)
- Prueba de Identidad de (nombre): \_\_\_\_\_
- Números de Seguro Social o comprobante de haberlo solicitado de (nombre): \_\_\_\_\_.
- Prueba de Ciudadanía de (nombre) \_\_\_\_\_.
- Prueba de Estatus migratorio de (nombre): \_\_\_\_\_.
- Forma firmada de su Representante Autorizado (nombre): \_\_\_\_\_.
- Adjunte comprobantes de todos los ingresos recibidos durante los últimos 30 días de (nombre): \_\_\_\_\_.
- Comprobante de trabajo por propia cuenta, o ingresos de granja y los recibos de gastos correspondientes a los meses de (nombre) \_\_\_\_\_ 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 (de nombre). \_\_\_\_\_.
- Prueba de:  Seguro Social  los Beneficios de Veteranos (VA)  Compensación de Trabajadores  Pensión/Retiro
- Pagos por discapacidad  Child Support (Manutención Infantil)  Alimony (Pensión Alimenticia)  Ingreso por intereses
- Renta/Asistencia de Serv (Utility)
- Carta de cualquier persona que le da dinero cada mes
- Otro \_\_\_\_\_.

Número de identificación del caso: \_\_\_\_\_

- 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.
- Regrese el (fecha) \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ para hacer su entrevista.
- Le llamaremos a las (fecha) \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ 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 para la entrevista. Es su responsabilidad contactar a la agencia para reprogramar la citade la entrevista que perdió. Si no hace la cita, su solicitud será negada a los 30 días de la fecha de su solicitud.
- Otro: \_\_\_\_\_

**Los siguientes documentos de los últimos 30 días son necesarios para tomar en cuenta sus deducciones. Si no nos da estos documentos, procesaremos su  Solicitud  Recertificación  Cambio sin deducciones Si nos da esta información pudiera recibir más beneficios.**

- Pagos de Child Support hechos por nombre \_\_\_\_\_ por los meses de \_\_\_\_\_.
- Cuentas médicas de nombre \_\_\_\_\_ 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 Trabajador del Caso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_