

**TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN DE *WORKFARE* DE
ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS**

Condado _____

Nombre del participante: _____

NSS del participante: _____

Nombre del caso: _____

Nº. de caso: _____

Dirección: _____

Fecha de solicitud: _____

=====

A: AGENCIA OPERATIVA:

8 1. Cambio en _____

9 2. Fecha efectiva de terminación del caso _____

10 3. El hogar volvió a solicitar; debe cumplir la obligación pendiente de _____ horas por el mes de _____ para el _____.

11 4. Hemos determinado que el incumplimiento de la obligación es por causa justificada. La participación continúa.

12 Comentarios:

13 Trabajador de elegibilidad

Fecha

=====

A: OFICINA DE ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS

14 El hogar arriba mencionado ha cumplido la obligación en el #3 anterior.

15 El hogar arriba mencionado no ha cumplido la obligación en el #3 anterior.

16 Comentarios:

17 Representante de Agencia Operativa

Fecha

**Instrucciones para la transmisión de información de
Workfare de Estampillas para Alimentos
DSS-8628**

Este formulario se usa para transmitir información de la Agencia Operativa del *Workfare* (trabajo para mantener beneficios de asistencia social) con relación a los cambios en el caso de estampillas para alimentos que tienen un efecto en la participación en *Workfare*. También se puede usar por la Agencia Operativa para comunicar a Estampillas para Alimentos que una obligación de horas pendientes ha sido cumplida.

Este formulario se completa en duplicado por Estampillas para Alimentos para informar un cambio en la situación con la excepción de #3. Complete en triplicado cuando un FSU vuelve a solicitar y debe cumplir las obligaciones pendientes antes que la solicitud pueda ser aprobada (#3); remita dos copias a la Agencia Operativa. La Agencia Operativa devuelve una copia a Estampillas para Alimentos indicando la disposición de FSU con relación al cumplimiento de este requerimiento.

Complete de la manera siguiente:

1. Anote el nombre del condado.
2. Anote el nombre del participante en *Workfare*.
3. Anote el NSS del participante en *Workfare*.
4. Anote el nombre del "casehead" (apellido de la persona bajo el cual el caso está registrado).
5. Anote el número de caso del condado.
6. Anote la dirección de FSU.
7. Anote la fecha de la solicitud de estampillas para alimentos actual.
8. Marque esta casilla para reportar cambios en la dirección, estado de empleo a tiempo parcial o completo del participante, cambio en la asignación mensual y/o cambio en la obligación mensual y cualquier otro cambio en la situación que pueda afectar el estado de *Workfare* de FSU.
9. Marque esta casilla si el caso ha terminado por alguna razón.
10. Marque esta casilla si el FSU ha sido terminado debido a incumplimiento de su obligación de *Workfare* y está volviendo a solicitar para terminar la descalificación. Indique el número de horas y el mes en el que se suponía debía haber trabajado. Anote la fecha en que esta obligación debe estar cumplida para procesar oportunamente la solicitud pendiente.
11. Marque esta casilla si el reporte inicial de la Agencia Operativa de incumplimiento ha sido determinado por la Oficina de Estampillas para Alimentos a tener causa justificada.
12. Use para cualquier explicación adicional necesaria.
13. Autoexplicativa.
14. La Agencia Operativa marcará esta casilla cuando el FSU cumpla con la obligación indicada en #10.
15. La Agencia Operativa marcará esta casilla cuando el FSU incumpla la obligación indicada en #10 para la fecha en #10 para procesar oportunamente la solicitud.
16. La Agencia Operativa usará esta sección para transmitir algún comentario a la Oficina de Estampillas para Alimentos.
17. Autoexplicativa.