

Departamento de Servicios Humanos de Georgia Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés)

AVISO SOBRE REQUISITOS DE INFORME SIMPLIFICADO (SRR, en inglés)

Los requisitos de informe simplificado se aplican a todas las unidades familiares del SNAP en Georgia. Debe informar cuando el total de los ingresos brutos mensuales de su unidad familiar sea superior a la cantidad indicada en el cuadro siguiente o a la que figura en el espacio en blanco de abajo para el tamaño de su unidad familiar.

Las unidades familiares deben informar cuando un miembro de la unidad familiar recibe **ganancias de lotería o juegos de azar**, por un monto bruto de \$4500 o más (antes de la retención de impuestos u otros importes). Se trata de un premio en efectivo ganado en una sola partida. Las ganancias deben declararse a más tardar 10 días después del final del mes en el que el miembro de la unidad familiar recibió las ganancias.

Los adultos físicamente capaces sin dependientes (ABAWD, en inglés) deben informar cuando sus horas de trabajo sean inferiores a 20 horas semanales y a 80 horas mensuales.

Cada mes deberá **sumar todos los ingresos** que recibe su unidad familiar durante el mes, antes de que se apliquen impuestos u otras deducciones. Debe contabilizar todos los ingresos, como salarios, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés), desempleo, manutención infantil, beneficios de jubilación y discapacidad, dinero que le dan las personas y cualquier otro ingreso que reciba su unidad familiar.

Cuando lo sume todo, si es superior al importe que figura en la tabla siguiente o que se indica en el espacio en blanco que aparece a continuación para el tamaño de su unidad familiar, **DEBERÁ** informar el cambio en los ingresos antes del **día 10 del mes siguiente**.

Llame al centro de llamadas de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, en inglés) al 1-877-423-4746 o visite el sitio web de Georgia Gateway www.gateway.ga.gov para informar el cambio.

Tamaño de la unidad familiar de SNAP	1	2	3	4	5	6	7	8	Cada miembro adicional
Importe bruto mensual total	\$1,632	\$2,215	\$2,798	\$3,380	\$3,963	\$4,546	\$5,129	\$5,712	+583

Si tiene más de ocho miembros en su unidad familiar, indique a continuación el importe de sus ingresos brutos mensuales.

Tamaño de la unidad familiar _____ Importe mensual _____

Si no informa este cambio, su unidad familiar podría recibir más beneficios de los que tiene derecho a recibir y es posible que usted tenga que devolverlos. **Si tiene algún reclamo pendiente, el reembolso de sus impuestos sobre el ingreso puede ser utilizado para pagar estos reclamos.**

Si recibe beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés), cuidado infantil o Asistencia Médica, debe informar todos los cambios en las circunstancias de su unidad familiar en un plazo de 10 días.

Informe sobre los cambios de domicilio y sobre los gastos de alojamiento y servicios públicos para poder recibir avisos importantes sobre sus beneficios. Puede informar este cambio en el sitio web de Georgia Gateway en www.gateway.ga.gov.

Trabajador: _____ Fecha: _____