

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-128**

DATE

09-07-2006

**TO:**  
County Welfare Director  
Supply Clerk / Forms Coordinator

**FROM:**  
Forms Management Unit  
(916) 657-1907

- Community Care Licensing District Offices  
 Private and Public Adoption Agencies

- District Attorney  
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE **DFA 285-A3 QR (5/06)**  
**Food Stamp Benefits Your Rights And Responsibilities**

ORDER UNIT SET	<input type="checkbox"/> Free <input checked="" type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE ENG = .04 / SP = .06	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 5/06	REPLACES 12/03	<input type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM-

 No Change Permitted

REQUIRED FORM-

 Substitute Permitted With Prior DSS Approval Recommended Form

UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:

**Department of Social Services Warehouse**  
**P.O. Box 980788**  
**West Sacramento, CA 95798-0788**

 Other:**FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS**

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

 Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

 When supply available in DSS Warehouse Use new form effective \_\_\_\_\_

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

 All County Letter No. Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Form printed: 8 1/2 x 11, 2-part bond, 5/8 stub at top.

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://www.dss.cahwnet.gov)

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: [fmudss@dss.ca.gov](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 651-8876 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

## FOOD STAMP BENEFITS YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

---

When you apply for food stamp benefits, you have rights and responsibilities. Your most important right is to be treated fairly without regard to race, color, national origin, political beliefs, religion, gender, age or disability. If you think you have been discriminated against, you may file a complaint by:

1. Contacting your county's civil rights coordinator;
2. Calling 916-654-2107 or 1-866-741-6241 (toll free);
3. For the hearing or speech-impaired,  
1-916-654-2098 (TDD); or,
4. Writing to:

**California Department of Social Services  
Civil Rights Bureau, MS 15-70,  
P.O. Box 944243  
Sacramento, CA 94244-2430**

**or if you get Food Stamps only, write to:**

**USDA  
Director, Office of Civil Rights  
Room 326-W, Whitten building  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410**

**or call**

**(202) 720-5964 (voice and TDD)**

### YOUR RIGHTS

---

As a food stamp applicant or recipient, you have the right:

- To get help to filling out your application or any other food stamp form.
- To ask for translated forms and notices if you don't read English.
- To be treated with courtesy, consideration and respect.
- To ask for oral interpretation of forms and notices if translated forms and notices are unavailable.
- To be interviewed promptly by the county when you apply and to have your eligibility determined within thirty (30) days.
- To have the face-to-face interview waived if you are unable to appoint an Authorized Representative and no household member is able to go into the Food Stamp office because everyone is 65 years old and over or physically disabled and no one has earned income.
- To have the face-to-face interview waived if you have a hardship and cannot get to the Food Stamp office.
- To discuss your case with the county and to review your case yourself when you request to do so.
- To be told the rules for getting emergency food stamp benefits. If the county thinks you might be eligible, you will get an interview immediately and food stamp benefits within three (3) days.
- To ask to have your Food Stamp I.D., authorization document, or issuance card, or food stamp benefits replaced if lost in the mail, damaged, stolen or destroyed. EBT food stamp benefits are not always replaced; when the EBT card is not reported lost/stolen or benefits are spent by the authorized representative.
- To get written notice when your application is approved, denied, or when your benefits change or stop.
- To have your records kept confidential by the county and state, unless there is an outstanding felony arrest warrant issued for you, or as otherwise provided by law.
- To file a complaint or to ask for a state hearing within ninety (90) days of any action if you think the action was wrong. You can write to your County Welfare Department or call toll free 1-800-952-5253 or for the hearing or speech impaired (TDD) 1-800-952-8349.
- To be represented at a state hearing by yourself or by a household member, friend, attorney, or other person of your choice. You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

### YOUR RESPONSIBILITIES

---

As a food stamp applicant or recipient, you are responsible for meeting the following requirements:

- **Fingerprint and photo imaging.** California has a rule that says that everyone who is required to be fingerprinted and photo imaged must have their photo and fingerprint image taken in order for your household to receive food stamp benefits. If someone in your household who is required to be photographed or finger imaged refuses to do so, your household will not be able to get food stamp benefits. These images are confidential and can only be used to prevent or prosecute welfare fraud.

## YOUR RESPONSIBILITIES (Continued)

- **Citizenship/Immigration Status.** You must sign under penalty of perjury that each member applying for food stamp benefits is a U.S. citizen or U.S. national. If someone in your household is not a citizen, you will need to provide verification of his or her immigration status. Information you give us on immigration status will be checked with the U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS), but it will only be used to determine food stamp eligibility. Information about immigration is private and confidential.

You can apply for and get food stamp benefits for eligible family members, even if your family includes other members who are not eligible because of immigration status. For example, immigrant parents may apply for food stamp benefits for their U.S. citizen or qualified immigrant children, even though the parents may not be eligible for benefits. You do not have to provide immigration information or documents for any family members who are not eligible for food stamp benefits and who are not asking for food stamp benefits. Getting food stamp benefits will not affect your immigration status or the immigration status of your family.

- **Social Security Number.** You must provide the Social Security Number (SSN) for everyone in your household who is applying. Anyone who does not give a SSN or proof of application for an SSN will not be able to get food stamp benefits.

The SSN(s) will be used in a computer match to check your income and resources with records from tax, welfare, employment, the Social Security Administration and other agencies. SSN(s) will also be matched with law enforcement agencies. Differences may be checked out with employers, banks or others.

- **Verification.** If your worker asks for proof of a fact you give, you must provide it or give us the name of some other person or agency we may contact to get it. When you can't get the proof you need, we may be able to help you get it.
- **Reporting.** Every food stamp household must report on their income and household situation. Most households have to report every quarter, but your worker will tell you whether you are a quarterly or change reporting or transitional household.
- **Cooperation.** You must cooperate with county, state and federal staff. You may not get benefits or your benefits may be stopped if you don't cooperate.

## PENALTIES AND DISQUALIFICATION

Failing to follow the rules listed in this document can result in an Intentional Program Violation (IPV). The penalties for an IPV are disqualification as listed below, AND you can be fined up to \$250,000 and/or put in jail/prison for up to 20 years. Disqualification means not being able to get food stamp benefits for a period of time. When you are disqualified, the penalties stop your food stamp benefits for:

- 12 months for the first violation,
- 24 months for the second violation and
- forever for the third violation.

These penalties start after a state hearing or court of law finds that an individual committed an IPV. In addition, there are separate penalties for other things you should not do. They are:

- If you are found guilty in any court of law of trading food coupons for controlled substances, food stamp benefits can be stopped for 24 months for the first violation and forever for the second violation.
- If you are found guilty in any court of law of trading food stamp benefits for firearms, ammunition or explosives, food stamps can be stopped forever for the first violation.
- If you sell or trade food stamps worth \$500 or more, food stamp benefits can be stopped forever.
- If you file more than one application at the same time and give false identification or residence information, food stamp benefits can be stopped for ten (10) years.

Also, anyone who is accused of committing an IPV may agree to be disqualified by signing either a Disqualification Consent Agreement or an Administrative Disqualification Hearing Waiver. Anyone who signs one of these documents accepts responsibility to repay any overissuance.

In addition, if you don't report all the facts or give wrong facts to get or keep getting benefits, you can be legally prosecuted with penalties of a fine and/or imprisonment. You may be found to have committed a felony if more than \$400 is wrongly paid out in food stamp benefits because you didn't report all of your facts or changes in income, property or family status.

If your household receives food stamp benefits, you must follow these rules:

- Don't give wrong or incomplete facts to get or keep getting food stamp benefits.
- Don't trade or sell food stamps, Food Stamp Authorization Documents (ADs), or issuance cards.
- Don't alter ADs or issuance cards to get food stamp benefits you are not entitled to get.
- Don't use food stamp benefits to buy ineligible items such as alcoholic drinks or tobacco, paper or cleaning products.
- Don't use someone else's food stamps, ADs or issuance cards for your household.

### Food Stamp Work Rules

If you are between the ages of 16 and 60, you may need to meet food stamp work rules. You may be excused from meeting the work rules if you have health problems, care for a child under 6, or have other conditions that make it difficult to participate in work or training activities. Work rules say you must tell us about your work experience, go to a job you are sent to, take a suitable job, and not quit a job or reduce your work to less than 30 hours a week. You may also have to do community service, look for work, or go to school or training. If you don't meet these rules, food stamps may be denied or stopped for one, three, or six months.

### Food Stamp Work Rule for Adults Without Children

If you are older than 17 and younger than 50, and you are not in a household with a minor child, you may also need to meet the work rule for adults without children. You do not have to meet this work rule if you are pregnant, live in a household with a minor child, have health problems, or have other conditions that make it difficult to participate in work, school, or training. You must meet the work rule by working or going to school or training for a total of 20 hours a week or by participating in community service for the required number of hours. If you don't meet the work rule for three months during a three-year period without a good reason, food stamps will stop. Food stamps will begin again if you meet the work rule for the required number of hours or if you are excused. If you stop meeting the work rule again for reasons such as layoff, you may receive food stamps for three months in a row without having to meet the rule.

---

---

## CERTIFICATION

---

- I certify that I have received copies of “Your Rights and Responsibilities” (DFA 285-A3 QR) and “How to Report Household Changes” (FS 23 QR). I understand my rights and responsibilities. I agree to comply with my responsibilities. I also understand the penalties for giving wrong or incomplete facts and failing to report facts or situations that may affect my eligibility or benefit level for food stamp benefits.
- I also certify that I have received a copy of “Applying for Food Stamp Benefits” (FS 22 QR).

---

SIGNATURE (ADULT HOUSEHOLD MEMBER OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE):

DATE:

---

SIGNATURE OF WITNESS OR INTERPRETER:

DATE:

---

I certify that I have informed the applicant/recipient of the above responsibilities and of the possibilities of criminal penalties for intentionally making false statements or failing to report information which affects food stamp eligibility.

---

SIGNATURE OF INTERVIEWING WORKER:

---

DATE APPLICATION REVIEWED WITH CLIENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE:

---

DFA 285-A3 QR (5/06) IMPORTANT INFORMATION-REQUIRED FORM — NO SUBSTITUTES PERMITTED

-----  
- TEAR HERE -  
-----

---

---

## CERTIFICATION

---

- I certify that I have received copies of “Your Rights and Responsibilities” (DFA 285-A3 QR) and “How to Report Household Changes” (FS 23 QR). I understand my rights and responsibilities. I agree to comply with my responsibilities. I also understand the penalties for giving wrong or incomplete facts and failing to report facts or situations that may affect my eligibility or benefit level for food stamp benefits.
- I also certify that I have received a copy of “Applying for Food Stamp Benefits” (FS 22 QR).

---

SIGNATURE (ADULT HOUSEHOLD MEMBER OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE):

DATE:

---

SIGNATURE OF WITNESS OR INTERPRETER:

DATE:

---

I certify that I have informed the applicant/recipient of the above responsibilities and of the possibilities of criminal penalties for intentionally making false statements or failing to report information which affects food stamp eligibility.

---

SIGNATURE OF INTERVIEWING WORKER:

---

DATE APPLICATION REVIEWED WITH CLIENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE:

---

DFA 285-A3 QR (5/06) IMPORTANT INFORMATION-REQUIRED FORM — NO SUBSTITUTES PERMITTED

## BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Usted tiene derechos y responsabilidades cuando solicita beneficios de estampillas para comida. Su derecho más importante es el ser tratado de una manera justa sin considerar su raza, color, origen nacional, creencias políticas, religión, sexo, edad, ni incapacidad/discapacidad. Si usted cree que se ha discriminado en contra suya, puede presentar una queja:

1. comunicándose con el coordinador de derechos civiles en su condado;
2. llamando al 916-654-2107 o al 1-866-741-6241 (número de teléfono gratuito);
3. para las personas con problemas de sordera o impedimentos del habla, 916-654-2098 (TDD - aparato de telecomunicaciones para las personas sordas); o,
4. escribiendo a:  
**California Department of Social Services  
Civil Rights Bureau, MS 15-70  
P.O. Box 944243  
Sacramento, CA 94244-2430**

**si usted solamente recibe estampillas para comida, escriba a:**

**USDA**

**Director, Office of Civil Rights  
Room 326-W, Whitten Building  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410  
o llame al  
(202) 720-5964 (voz y TDD)**

### SUS DERECHOS

Como solicitante o beneficiario de estampillas para comida, usted tiene derecho a:

- recibir ayuda para llenar su solicitud o cualquier otro formulario relacionado con las estampillas para comida.
- pedir formularios y notificaciones traducidos si usted no lee inglés.
- que se le trate con cortesía, consideración y respeto.
- pedir que le expliquen los formularios y notificaciones si no están a la disposición ya traducidos.
- que el condado le entreviste pronto cuando usted presente una solicitud y a que se determine si reúne los requisitos antes de que pasen treinta (30) días.
- que se le exente de tener que asistir a la entrevista en persona si usted no puede nombrar a un representante autorizado y ningún miembro de su grupo para fines de estampillas para comida (grupo) puede ir a la oficina de estampillas para comida porque todos tienen 65 años de edad o más o están físicamente incapacitados/discapacitados y nadie tiene ingresos ganados.
- que se le exente de tener que asistir a la entrevista en persona si usted tiene un impedimento para ir a la oficina de estampillas para comida.
- hablar con el condado sobre su caso y a revisar su caso usted mismo cuando lo solicite.
- que le digan las reglas para recibir beneficios de estampillas para comida en casos de emergencia. Si el condado cree que usted pudiere reunir los requisitos, se le dará una entrevista de inmediato y recibirá estampillas para comida antes de que pasen tres (3) días.
- pedir que se reemplace su identificación/documento de autorización (AD) para recibir estampillas para comida, su tarjeta de emisión de estampillas para comida, o las estampillas para comida si se le pierden en el correo, se dañan, o si son robados/destruidos. Los beneficios de estampillas para comida del sistema de transferencia electrónica de beneficios (conocido como EBT por sus siglas en inglés) no siempre se reemplazan si no se reporta que la tarjeta de EBT se perdió o fue robada, o si el representante autorizado gasta los beneficios.
- que le den una notificación por escrito cuando se apruebe o se niegue su solicitud o cuando cambien o se descontinúen sus beneficios.
- que el condado y el Estado mantengan sus expedientes de una manera confidencial, a menos que haya pendiente una orden de arresto contra usted por un delito mayor (*felony*), o por otras razones que la ley estipule.
- presentar una queja o pedir una audiencia con el Estado antes de que pasen noventa (90) días a partir de la fecha de cualquier acción, si usted cree que la acción está equivocada. Usted puede escribirle al departamento de bienestar público del condado o llamar al número gratuito 1-800-952-5253. Las personas con problemas de sordera o impedimentos del habla pueden llamar gratuitamente al (TDD) 1-800-952-8349.
- representarse usted mismo en una audiencia con el Estado o a ser representado por un miembro de su grupo, un amigo, un abogado, u otra persona que usted escoja. Usted puede recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal (*legal aid office*) o de un grupo para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública (*welfare rights group*).

### SUS RESPONSABILIDADES

Como solicitante o beneficiario de estampillas para comida, usted tiene la responsabilidad de cumplir los siguientes requisitos:

- **Huellas dactilares y fotografías en imagen computarizada.** El Estado de California tiene una regla que dice que cada persona que tiene que someterse a que se le tomen las huellas dactilares y fotografía en imagen computarizada tiene que hacerlo antes de que el grupo de esa persona pueda recibir beneficios de estampillas para comida. Si alguien en el grupo de usted a quien se le requiere que se le tomen las huellas dactilares y fotografía en imagen computarizada se rehúsa a hacerlo, su grupo no podrá recibir beneficios de estampillas para comida. Las huellas dactilares y fotografías en imagen computarizada son confidenciales y sólo se pueden usar para prevenir o enjuiciar el fraude en la asistencia pública.

## SUS RESPONSABILIDADES (Continuación)

- **Ciudadanía/situación migratoria.** Usted tiene que firmar bajo pena de perjurio que cada miembro de su grupo que solicita beneficios de estampillas para comida es ciudadano o nacional de los Estados Unidos (EE. UU.). Si alguien en su grupo no es ciudadano, usted tendrá que proporcionar verificación de la situación migratoria. La información que usted nos proporcione respecto a su situación migratoria será verificada con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). Esta información será usada solamente para determinar la elegibilidad para recibir estampillas para comida. La información sobre la situación migratoria es privada y confidencial.

Usted puede solicitar y recibir beneficios de estampillas para comida para los miembros de su familia que reúnen los requisitos aun si su familia incluye a otros miembros que no son elegibles debido a su situación migratoria. Por ejemplo, los padres inmigrantes pueden solicitar beneficios de estampillas para comida para sus hijos que son ciudadanos de los EE. UU. o inmigrantes que reúnen los requisitos aun si los padres posiblemente no sean elegibles para recibir beneficios. No tiene que presentar información ni documentación sobre la situación migratoria de cualquier miembro de su familia que no es elegible para recibir beneficios de estampillas para comida ni los está pidiendo. El recibir beneficios de estampillas para comida no afectará su situación migratoria ni la de su familia.

- **Número de Seguro Social.** Usted tiene que darnos el número de Seguro Social (SSN) de cada miembro de su grupo que está solicitando beneficios. Cualquier persona que no dé un SSN o pruebas de haber solicitado un SSN no podrá recibir beneficios de estampillas para comida.

Los SSN se usarán para comparar y verificar, por medio de computadoras, los ingresos y recursos de usted con los expedientes en las oficinas de impuestos, bienestar público, empleo, la Administración del Seguro Social, y otras oficinas/agencias. Los SSN también se compararán con la información en las computadoras de las oficinas encargadas de hacer cumplir la ley. Es posible que las diferencias se verifiquen con patrones/empleadores, bancos, u otros.

- **Verificación.** Si su trabajador le pide pruebas de un dato que dio, tiene que proveerlas o darnos el nombre de otra persona u oficina/agencia con la que nos podamos comunicar para obtenerlas. Si usted no puede obtener las pruebas que necesita, es posible que nosotros le podamos ayudar a obtenerlas.
- **Reportes.** Cada grupo para fines de estampillas para comida tiene que reportar sobre sus ingresos y su situación. La mayoría de los grupos tienen que hacerlo cada trimestre (es decir, cada tres meses), pero su trabajador le dirá si el grupo de usted es un grupo que tiene que reportar cada trimestre o cuando haya cambios, o si es un grupo transicional.
- **Cooperación.** Usted tiene que cooperar con el personal del Condado, del Estado y federal. Es posible que no reciba beneficios o que se descontinúen sus beneficios si no coopera.

## SANCIONES Y DESCALIFICACION

El no seguir las reglas anotadas en este documento podría resultar en una violación intencional del programa (IPV). Las sanciones por una IPV son descalificación tal como se describe a continuación. Y se le puede multar hasta \$250,000 y/o puede ir a la cárcel/prisión hasta por 20 años. "Descalificación" significa que no puede recibir beneficios de estampillas para comida por un período de tiempo. Cuando usted recibe una descalificación, las sanciones suspenden sus beneficios de estampillas para comida por:

- 12 meses por la primera violación,
- 24 meses por la segunda violación, y
- para siempre por la tercera violación.

Estas sanciones empiezan después de que una audiencia con el Estado o un tribunal de justicia determine que una persona cometió una IPV. Además, existen otras sanciones por separado por otras cosas que usted no debe hacer. Estas son:

- Si algún tribunal de justicia le encuentra culpable de cambiar estampillas para comida por sustancias controladas, los beneficios de estampillas para comida se pueden descontinuar por 24 meses por la primera violación y para siempre por la segunda.

- Si algún tribunal de justicia le encuentra culpable de cambiar estampillas para comida por armas de fuego, municiones, o explosivos, los beneficios de estampillas para comida se pueden descontinuar para siempre por la primera violación.
- Si vende o cambia estampillas para comida con un valor de \$500 o más, los beneficios de estampillas para comida se pueden descontinuar para siempre.
- Si presenta más de una solicitud al mismo tiempo y proporciona información falsa acerca de su identificación o su residencia, los beneficios de estampillas para comida se pueden descontinuar por diez (10) años.

También, cualquier persona a la que se le acuse de haber cometido una IPV puede consentir en que se le descalifique firmando un "Convenio de consentimiento a descalificación" o una "Renuncia a una audiencia administrativa de descalificación". La persona que firme uno de estos documentos acepta la responsabilidad de reembolsar cualquier emisión excesiva.

Además, legalmente se le puede enjuiciar e imponerle como sanción una multa y/o encarcelamiento si no reporta todos los datos o si da datos erróneos para recibir o continuar recibiendo beneficios. Es posible que se le encuentre culpable de haber cometido un delito mayor (*felony*) si por error se le paga más de \$400 en beneficios de estampillas para comida debido a que usted no reportó todos sus datos o cambios en los ingresos, bienes, o situación de familia.

Si su grupo recibe beneficios de estampillas para comida, tiene que seguir estas reglas:

- No dé datos erróneos ni incompletos para poder recibir o seguir recibiendo beneficios de estampillas para comida.
- No cambie ni venda estampillas para comida, documentos de autorización (AD), ni tarjetas de emisión.
- No altere los AD ni las tarjetas de emisión para poder recibir beneficios de estampillas para comida a los que no tiene derecho.
- No use estampillas para comida para comprar artículos que no estén permitidos bajo este programa, como bebidas alcohólicas o tabaco, productos de papel o de limpieza.
- No use las estampillas para comida, los AD, ni las tarjetas de emisión de otra persona para su grupo.

### Reglas del Programa de Estampillas para Comida relacionadas al trabajo

Si tiene entre 16 y 60 años de edad, es posible que tenga que cumplir con las reglas del Programa de Estampillas para comida relacionadas al trabajo. Es posible que esté exento de cumplir con estas reglas de trabajo si tiene problemas de salud, cuida a niños menores de 6 años de edad o si tiene otras condiciones que dificultan su participación en actividades de trabajo o entrenamiento. Las reglas relacionadas al trabajo indican que tiene que: proporcionarnos su historial de trabajo, ir al trabajo al que se le asigne, aceptar un trabajo apropiado, y no abandonar el trabajo o reducir sus horas a menos de 30 horas a la semana. Usted también puede hacer trabajo comunitario, buscar trabajo, o ir a la escuela o a entrenamiento. Si no cumple con estas reglas, es posible que las estampillas para comida se le nieguen o suspendan por uno, tres, o seis meses.

### Regla del Programa de Estampillas para Comida relacionada al trabajo para personas adultas que no tienen niños

Si tiene más de 17 o menos de 50 años de edad, y está en un grupo donde no hay niños menores de edad, es posible que también necesite cumplir con la regla relacionada al trabajo para personas adultas que no tienen niños. No tiene que cumplir con esta regla de trabajo si está embarazada, vive en un hogar donde hay menores de edad, tiene problemas de salud, o tiene otras condiciones que le dificultan participar en un trabajo, escuela, o entrenamiento. Tiene que cumplir con la regla de trabajo trabajando o yendo a la escuela o entrenamiento por un total de 20 horas a la semana o participando en trabajo comunitario por el número de horas requerido. Si no cumple con la regla de trabajo durante tres meses en un período de tres años y no tiene un motivo justificado, se suspenderán las estampillas para comida. Se reanudarán los beneficios de estampillas para comida si cumple con la regla de trabajo por el número de horas requerido o si está exento de esta regla. Si deja de cumplir la regla de trabajo otra vez por motivos tales como despido del trabajo, es posible que reciba estampillas para comida durante tres meses seguidos sin tener que cumplir la regla de trabajo.

---

---

## CERTIFICACION

---

- Certifico que he recibido una copia del formulario sobre mis derechos y responsabilidades (DFA 285-A3 QR) y del formulario sobre cómo reportar cambios en el grupo para fines de estampillas para comida (FS 23 QR). Entiendo mis derechos y responsabilidades. Estoy de acuerdo en cumplir con mis responsabilidades. También entiendo las sanciones por dar datos erróneos o incompletos y por no reportar datos o situaciones que pudieran afectar mi elegibilidad para recibir beneficios de estampillas para comida o la cantidad de estampillas para comida que puedo recibir.
- También certifico que he recibido una copia de “Cómo solicitar beneficios de estampillas para comida” (FS 22 QR).

---

FIRMA (MIEMBRO ADULTO DEL GRUPO O REPRESENTANTE AUTORIZADO):

FECHA:

---

FIRMA DEL TESTIGO O INTERPRETE:

FECHA:

---

Certifico que le he informado al solicitante/beneficiario de las responsabilidades mencionadas en este documento y de las posibles sanciones criminales por intencionalmente hacer declaraciones falsas o por no reportar información que afecta su elegibilidad para recibir estampillas para comida.

---

FIRMA DEL TRABAJADOR QUE ESTA LLEVANDO A CABO LA ENTREVISTA:

---

FECHA EN QUE SE REVISÓ LA SOLICITUD CON EL CLIENTE O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO:

---

DFA 285-A3 QR (SP) (5/06) IMPORTANT INFORMATION-REQUIRED FORM — NO SUBSTITUTES PERMITTED

-----  
- SEPARAR AQUÍ -  
-----

---

---

## CERTIFICACION

---

- Certifico que he recibido una copia del formulario sobre mis derechos y responsabilidades (DFA 285-A3 QR) y del formulario sobre cómo reportar cambios en el grupo para fines de estampillas para comida (FS 23 QR). Entiendo mis derechos y responsabilidades. Estoy de acuerdo en cumplir con mis responsabilidades. También entiendo las sanciones por dar datos erróneos o incompletos y por no reportar datos o situaciones que pudieran afectar mi elegibilidad para recibir beneficios de estampillas para comida o la cantidad de estampillas para comida que puedo recibir.
- También certifico que he recibido una copia de “Cómo solicitar beneficios de estampillas para comida” (FS 22 QR).

---

FIRMA (MIEMBRO ADULTO DEL GRUPO O REPRESENTANTE AUTORIZADO):

FECHA:

---

FIRMA DEL TESTIGO O INTERPRETE:

FECHA:

---

Certifico que le he informado al solicitante/beneficiario de las responsabilidades mencionadas en este documento y de las posibles sanciones criminales por intencionalmente hacer declaraciones falsas o por no reportar información que afecta su elegibilidad para recibir estampillas para comida.

---

FIRMA DEL TRABAJADOR QUE ESTA LLEVANDO A CABO LA ENTREVISTA:

---

FECHA EN QUE SE REVISÓ LA SOLICITUD CON EL CLIENTE O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO: