

**ADMINISTRACIÓN DE INVERSIONES FAMILIARES  
FORMULARIO DE INFORME DE CAMBIO**

Oficina de LDSS		La Administración de Inversiones Familiares se compromete a proporcionar acceso y adaptación razonable en sus servicios, programas, actividades, educación y empleo para personas con discapacidades. Si necesita ayuda o necesita solicitar una adaptación razonable, comuníquese con su Administrador de Casos o llame al 1-800-332-6347.					
Nombre del Administrador de Casos							
Su nombre (Apellido, primero, segundo)			Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo		
¿En dónde vive? (Número y calle)			No. de Apt.	Ciudad		Estado	Código Postal
Su número de Seguro Social					Su fecha de nacimiento		

¿Qué idioma habla?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
Si no habla inglés y necesita servicios gratuitos de traducción llame a su Administrador de Casos o llame al **1-800-332-6347**.

**PARTE 1: INFORME DE ALGUIEN QUE SE HA IDO O SE HA UNIDO A LA FAMILIA**

Remover a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Cómo está relacionado con usted: \_\_\_\_\_  
¿Motivo para remover? \_\_\_\_\_  
Nueva persona: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Cómo está relacionado con usted: \_\_\_\_\_  
**Número de Seguro Social** \_\_\_\_\_ **¿Es esta persona ciudadana estadounidense?**  Sí  No

*Si agrega un niño menor de 18 años, complete lo siguiente (no es necesario para los beneficios de Suplemento de Alimentos):*

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Nombre del Padre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
**¿Está dispuesto a tomar medidas de apoyo contra cualquier padre del niño mencionado arriba que no vive en el hogar?**  Sí  No

**PARTE 2: INFORME DE UN CAMBIO DE DIRECCION Y/O COSTO DE VIVIENDA**

Nueva dirección: \_\_\_\_\_ No. de apartamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de mudanza: \_\_\_\_\_ ¿Vivienda Pública?  Sí  No ¿Sección 8?  Sí  No  
Dirección postal (si es diferente) \_\_\_\_\_  
¿Alguien en su hogar está pagando por alguno de los siguientes ítems? Revise todos los ítems pagados y responda a las preguntas.

<input checked="" type="checkbox"/>	Gastos	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	¿Quién paga?	<input checked="" type="checkbox"/>	Gastos	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	¿Quién paga?
	Alquiler					Agua			
	Hipoteca					Alcantarillado			
	Electricidad					Basura			
	Gas					Madera o carbón			
	Aceite de calefacción					Impuesto a la Propiedad			
	Cuotas de Cooperativa, Condominio o Asociaciones.					Seguro del hogar			
	Teléfono					Otros			

¿La calefacción está incluida en el alquiler?  Sí  No ¿Paga una factura de electricidad por luces o cocinas?  Sí  No  
Si la calefacción no está incluida en el alquiler, ¿cuál es su fuente de calor? \_\_\_\_\_ ¿Paga por el aire acondicionado?  Sí  No  
¿Alguien le ayuda con sus costos de servicios públicos?  Sí  No. En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_  
¿Comparte alguno de los costos de vivienda mencionados anteriormente?  Sí  No. En caso afirmativo, ¿con quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su parte? \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido Asistencia Energética en su dirección actual en los últimos 12 meses?  Sí  No  
¿Vive con otras personas que no están en sus subsidios?  Sí  No. En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_  
¿Compra sus comidas por separado de estas otras personas?  Sí  No

**PARTE 3: INFORME DE UN CAMBIO EN SUS ACTIVOS**

**Ahora tengo:**

Cuenta de cheques  Cuenta de ahorros  
*Reporte los activos de abajo para Asistencia Médica solamente:*  
 Seguro de vida  Fondo Fiduciario  
 Propiedad  Liquidación de accidentes  
 Acciones y/o bonos  Otros Activos \_\_\_\_\_

Importe o valor de los activos: \_\_\_\_\_

**Ya no tengo:**

Cuenta de cheques  Ahorros  
*Reporte los activos de abajo para Asistencia Médica solamente:*  
 Seguro de vida  Fondo Fiduciario  
 Propiedad  Liquidación de accidentes  
 Acciones y/o bonos  Otros Activos \_\_\_\_\_

Importe o valor de los activos: \_\_\_\_\_

**PARTE 4: INFORME UN CAMBIO EN LOS INGRESOS NO GANADOS**

**Ahora tengo:**

- Seguridad Social                     Manutención o Pensión Alimenticia
- SSI     Beneficios por desempleo
- Liquidación de seguros             Ganancias de la lotería
- Retiro Ferroviario                     Contribuciones de otros
- Otro (*especifique*) \_\_\_\_\_
- Otro (*especifique*) \_\_\_\_\_

Fecha de pago: \_\_\_\_\_  
 Cantidad: \$ \_\_\_\_\_  Semanal  Quincenal  Mensual  
 Otros \_\_\_\_\_  
 Fecha del primer cheque: \_\_\_\_\_ Cantidad del primer cheque:  
 \$ \_\_\_\_\_

**Ya no tengo:**

- Seguridad Social                     Manutención o Pensión Alimenticia
- SSI     Beneficios por desempleo
- Liquidación de seguros             Ganancias de la lotería
- Retiro Ferroviario.                     Contribuciones de otros
- Otro (*especifique*) \_\_\_\_\_
- Otro (*especifique*) \_\_\_\_\_

Fecha del último pago: \_\_\_\_\_

**PARTE 5: INFORME UN CAMBIO EN LOS GASTOS**

¿Tiene usted o cualquier persona en su hogar gastos que está obligado a pagar tales como:

Facturas médicas como facturas de médicos, de recetas o seguro?  Sí  No. En caso afirmativo, enumere el tipo y la cantidad: \_\_\_\_\_

Facturas educativas?  Sí  No. En caso afirmativo, enumere el tipo y la cantidad: \_\_\_\_\_

¿Ordenó el Tribunal manutención infantil para un niño que no vive en su hogar? En caso afirmativo, indique el nombre del niño y la cantidad:  
 Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_  
 Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

¿Cuidado de niños y/o adultos?  Sí  No. Nombre de la persona bajo cuidado: \_\_\_\_\_  
 Proveedor de cuidado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Monto pagado al proveedor: \$ \_\_\_\_\_ Pago:  Diario  Semanal  Quincenal  Mensual

**PARTE 6: INFORME UN CAMBIO EN LOS INGRESOS**

¿Alguien en su hogar recibe algún ingreso de **un nuevo trabajo?** (como empleo a tiempo completo o a tiempo parcial, autoempleo, cuidado de niños, trabajo ocasional, jornal por días, pagos de habitación o de huéspedes, etc.)  Sí  No. En caso afirmativo, enumere todas las ganancias brutas **antes de deducciones**.  
 Fecha en que comenzó el empleo: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción del primer cheque: \_\_\_\_\_ Importe bruto de ese cheque:  
 \$ \_\_\_\_\_

NOMBRE	DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	TARIFA DE PAGO	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	IMPORTE POR PERÍODO DE PAGO	FRECUENCIA (diariamente, semanalmente, quincenalmente, mensualmente)

¿Usted o alguien en su hogar ha **perdido un trabajo?**  Sí  No. En caso afirmativo, nombre de la persona que perdió el trabajo: \_\_\_\_\_  
 El último día de empleo: \_\_\_\_\_ Fecha del último pago: \_\_\_\_\_

Juro o afirmo bajo pena de perjurio, que toda la información que di es verdadera, correcta y completa al mayor grado de mi capacidad, presunción y conocimiento.

<b>SU FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
-----------------	--------------

Si deliberadamente retiene información sobre los cambios en su hogar, usted y cualquier otro adulto de su hogar nos adeudarán el valor de cualquier beneficio alimenticio adicional o de asistencia en efectivo que reciba. También se le puede impedir recibir asistencia en efectivo o de los programas de Suplemento de Alimentos por un año después de la primera vez, 2 años después de la segunda vez y permanentemente después de la tercera vez. Un Juez también puede multarle con hasta \$250.000, encarcelarlo por hasta 20 años, o ambos. Un Juez también puede extender los impedimentos por 18 meses adicionales. Es posible que también tenga que enfrentar acusaciones adicionales bajo otras leyes federales.

- **Para asistencia de dinero en efectivo y asistencia médica, debe reportar todos los cambios dentro de los 10 días.**
- **Nota: Cuando reporta un cambio en cualquier programa, su Administrador de Casos realizará el cambio en todos los programas.**
- **Para el Programa de Suplemento de Alimentos (anteriormente cupones de alimentos):**
  - Se requiere que usted informe cuando el ingreso bruto total de su familia es mayor que la cantidad que aparece en la Guía de Informes de Cambios para el tamaño de su hogar. Debe informar de este cambio a más tardar 10 días a partir del final del mes en el que sus ingresos suben. Agregue todos los ingresos brutos que su hogar obtuvo en el mes. Asegúrese de incluir los ingresos ganados y no ganados.
  - Si usted es un adulto capaz entre las edades de 18 - 47 y no tiene hijos en el hogar, también debe informar cuando sus horas de trabajo aumenten, o disminuyan a menos de 80 horas mensuales.
  - No está obligado a reportar ningún otro cambio para su caso de Suplemento de Alimentos. (Pero, si cree que un cambio aumentará los beneficios para su familia, debe reportarlo).