

**Administración de Inversiones Familiares  
Formulario para informes sobre cambios**

Oficina del Departamento Local de Servicios Sociales (LSDSS)	<b>La Administración de Inversiones Familiares se compromete a brindar acceso y adaptaciones razonables en lo relativo a sus servicios, programas, actividades, educación y empleo a las personas con discapacidad. Si necesita asistencia o solicitar una adaptación razonable, póngase en contacto con su gestor de caso o llame al 1-800-332-6347.</b>			
Nombre del gestor de caso				
Su nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Teléfono particular		Teléfono laboral	
¿Dónde vive? (Calle y número)	Depto. nro.	Ciudad	Estado	Código postal
Su número de Seguro Social			Su fecha de nacimiento	

¿Qué idioma habla?  Inglés  Español  Otros \_\_\_\_\_  
Si no habla inglés y necesita servicios de traducción gratuitos, llame a su gestor de caso o al 1-800-332-6347.

**PARTE 1: INFORMAR SOBRE UNA PERSONA QUE HA ABANDONADO LA FAMILIA O SE HA UNIDO A ELLA**

Retiro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Cómo se relaciona con usted: \_\_\_\_\_  
¿Motivo del retiro? \_\_\_\_\_  
Persona nueva: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Cómo se relaciona con usted: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ ¿Esta persona es un ciudadano de los Estados Unidos?  Sí  No  
*Si se añade a un niño menor de 18 años, completar lo siguiente (No es obligatorio para los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [SNAP]):*  
Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
¿Está dispuesto a tomar medidas de apoyo contra cualquiera de los padres del niño mencionado anteriormente, que no viva en el hogar?  Sí  No

**PARTE 2: INFORMAR SOBRE UN CAMBIO DE DOMICILIO O COSTO DE VIVIENDA**

Nuevo domicilio: \_\_\_\_\_ Apartamento nro.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Fecha de la mudanza: \_\_\_\_\_ ¿Vivienda pública?  Sí  No ¿Sección 8?  Sí  No  
Domicilio postal (si es diferente) \_\_\_\_\_  
¿Alguien en su hogar está pagando por algo de lo siguiente? Marcar todos los pagados y responder las preguntas

✓	Gastos	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	¿Quién paga?	✓	Gastos	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	¿Quién paga?
	Renta					Agua			
	Hipoteca					Cloacas			
	Electricidad					Basura			
	Gas					Leña/carbón			
	Combustible					Impuesto sobre la propiedad			
	Gastos de cooperativas/condominios/asociaciones					Seguro del hogar			
	Teléfono					Otro			

¿Está incluida la calefacción en su renta?  Sí  No ¿Paga la factura de electricidad por la iluminación o la cocina?  Sí  No  
Si la calefacción no está incluida en la renta, ¿cuál es su fuente de calor? \_\_\_\_\_ ¿Paga por el aire acondicionado?  Sí  No  
¿Alguien le ayuda con los costos de los servicios públicos?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_  
¿Comparte alguno de los costos de vivienda mencionados anteriormente?  Sí  No En caso afirmativo, ¿con quién? \_\_\_\_\_  
¿Su parte? \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido asistencia de energía en su domicilio actual en los últimos 12 meses?  Sí  No  
¿Está viviendo con otras personas que no son parte de su subsidio?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_  
¿Compra sus comidas en forma separada de estas otras personas?  Sí  No

**PARTE 3: INFORMAR SOBRE UN CAMBIO EN LOS ACTIVOS**



Si retiene intencionalmente información sobre cambios en su hogar, usted y cualquier otro adulto del hogar nos deberá el valor de cualquier beneficio extra de alimentos o asistencia de efectivo que reciba. También se le puede prohibir el acceso a los programas de asistencia de efectivo o de complementos alimentarios durante un año después de la primera vez, dos años después de la segunda y permanentemente después de la tercera. Un juez también lo puede multar por hasta USD 250 000, encarcelarlo hasta 20 años, o ambas cosas. Un juez también puede imponerle una exclusión por otros 18 meses. Es posible que también tenga que enfrentarse a un proceso adicional conforme a otras leyes federales.

**Responsabilidades de los informes de clientes:**

- Para asistencia médica y de efectivo, debe informar todos los cambios en un plazo de 10 días.
- Nota: Cuando informe un cambio para cualquier programa, su gestor de caso hará el cambio para todos los programas.
- Para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (anteriormente Programa de Suplementos Alimentarios):
  - Debe informar cuando el ingreso bruto total de la familia sea superior a la cantidad indicada en la *Guía para informar cambios* para el tamaño de su hogar. Debe informar este cambio a más tardar 10 días después del final del mes en que sus ingresos aumentaron. Sume todos los ingresos brutos que su hogar obtuvo en el mes. Asegúrese de incluir tanto los ingresos salariales como los no salariales.
  - Si usted es un adulto sano que tiene entre 18 y 49 años de edad, y no tiene hijos en el hogar, debe informar en un plazo de 10 días cuando sus horas de trabajo aumenten o disminuyan a menos de 80 horas al mes.
  - Si recibe ganancias de lotería o juegos de azar por un monto igual o superior a USD 3500, debe informar las ganancias a su departamento local dentro de los 10 días siguientes a su recepción.