

Administración de Inversiones Familiares
Formulario para informes sobre cambios

Oficina del Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS)	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.				
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

Retirar una persona: _____ Fecha de nacimiento: _____ Cómo se relaciona con usted: _____
¿Motivo del retiro? _____
Agregar una persona: _____ 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

Ahora tengo:
☐ Cuenta corriente ☐ Caja de ahorro

A continuación, informar los activos solo para asistencia médica:
☐ Seguro de vida ☐ Fondo fiduciario
☐ Propiedad ☐ Acuerdo por accidente
☐ Acciones/bonos ☐ Otros activos _____

Cantidad o valor de los activos: _____

Ya no tengo:
☐ Cuenta corriente ☐ Caja de ahorro

A continuación, informar los activos solo para asistencia médica:
☐ Seguro de vida ☐ Fondo fiduciario
☐ Propiedad ☐ Acuerdo por accidente
☐ Acciones/bonos ☐ Otros activos _____

Cantidad o valor de los activos: _____

Departamento de Servicios Humanos (DHS)/Área de mejora específica (FIA) 491 (Revisado el 02-2020)

PARTE 4: INFORMAR SOBRE UN CAMBIO EN LOS INGRESOS NO SALARIALES**Ahora tengo:**
☐ Seguro Social ☐ Cuota/pensión alimentaria
☐ Ingreso de seguro complementario (SSI) ☐ Beneficios de desempleo
☐ Acuerdo de seguro ☐ Ganancias de lotería/juegos de azar ☐ Jubilación ferroviaria ☐ Contribuciones de otros
☐ Otros (especificar) _____
☐ Otros (especificar) _____

Fecha de pago: _____

 Cantidad: USD _____ ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual
☐ Otros _____

Fecha del primer cheque: _____

Cantidad del primer cheque: USD _____

Ya no tengo:
☐ Seguro Social ☐ Cuota/pensión alimentaria
☐ SSI ☐ Beneficios de desempleo
☐ Acuerdo de seguro ☐ Ganancias de lotería/juegos de azar

☐ Jubilación ferroviaria ☐ Contribuciones de otros [

☐ Otros (especificar) _____

☐ Otros (especificar) _____

Fecha del último pago: _____

PARTE 5: INFORMAR SOBRE UN CAMBIO EN LOS GASTOS

Usted o cualquier persona de su hogar tiene gastos que debe pagar, tales como:

☐ Cuentas médicas, como las de médicos, medicamentos con receta o seguro? - Sí ☐ No

En caso afirmativo, enumere el tipo y la cantidad: _____

☐ Cuentas de educación - Sí ☐ No En caso afirmativo, enumere el tipo y la cantidad: _____

☐ Cuota alimentaria ordenada por un tribunal para un niño que no vive en su casa En caso afirmativo, indique el nombre del niño y la cantidad:

Nombre del niño _____ Cantidad USD _____

Nombre del niño _____ Cantidad USD _____

☐ Cuidado de niños/adultos ☐ Sí ☐ No Nombre de la persona bajo su cuidado: _____

Proveedor de

cuidado: _____ Domicilio: _____

 Cantidad pagada al proveedor USD _____ Pago: ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual
PARTE 6: INFORMAR SOBRE UN CAMBIO EN LAS GANANCIAS
☐ ¿Alguien en su hogar recibe algún ingreso por **un nuevo trabajo**? (como empleo a tiempo completo o parcial, autónomo, cuidado de niños, trabajos esporádicos, jornadas laborales, pagos por habitación/alojamiento, etc.) ☐ Sí ☐ No

 En caso afirmativo, enumerar todos los ingresos brutos **antes de las deducciones**.

Fecha de inicio del empleo: _____ Fecha del primer cheque recibido: _____ Monto bruto de ese cheque USD _____

NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR, DOMICILIO Y NÚMERO DE TELÉFONO	TARIFA DE PAGO	CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	CANTIDAD POR PERÍODO DE PAGO	FRECUENCIA CON QUE SE RECIBEN (diarios, semanales, quincenales, mensuales)

☐ ¿Usted o alguien en su hogar ha **perdido un trabajo**? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, nombre de la persona que perdió el trabajo _____

Último día de empleo _____ Fecha del último pago _____

Juro o afirmo, bajo pena de perjurio, que toda la información que brindé es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

SU FIRMA
FECHA

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.