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. | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PART 7: REPORTING A CHANGE IN NAME/GENDER/SEX IDENTITY** | | |
| Para los cambios de identidad, incluyendo nombres y género (sexo), primero asegúrese que los cambios se hayan completado (por ej. una orden de la corte o la Administración del Seguro Social). DHS no puede cambiar la identidad de las personas (nombres o género (sexo) en nuestro sistema de Registro y Elegibilidad (E&E) sin verificar el cambio.  DHS realizará verificaciones de antecedentes para asegurar que su nuevo nombre y/o identidad de sexo coincidan y verifiquen con la información de su nueva solicitud de cambio. | | | |
| Identidad de Nombre Antiguo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nuevo Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nuevo Género (Sexo): Nacimiento: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Yo juro o afirmo bajo pena de perjurio, que toda la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa según mi capacidad, creencia y conocimiento. | | |
| **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. |

DHS/FIA 491 (Revisado el 05-2025)