

LDSS

**INFORME PERIODICO**

ADDRESS

CITY, STATE ZIP

**Usted debe completar esto y devolver a la dirección que esta encima antes del **REPORT DUE DATE** para continuar recibiendo sus beneficios.**

CASE NAME

ADDRESS

CITY, STATE ZIP

Este "Informe Periódico" es un nuevo formulario para reportar que reemplaza al previamente denominado "Informe Trimestral." Al igual que el Informe Trimestral, algunos de sus beneficios podrían ser discontinuados si usted no lo completa, no lo firma ni lo devuelve a tiempo. El nuevo Informe Periódico es más simple y tiene menos preguntas que el Informe Trimestral, pero todavía reúne toda la información sobre los cambios que han ocurrido desde la última vez que usted estuvo en contacto con el trabajador(a) de elegibilidad. Debido a que este informe es nuevo, por favor léalo con cuidado y siga las instrucciones de este Informe Periódico.

CASE NAME <b>CASE NAME</b>		CASE NUMBER <b>CASE NUMBER</b>
OFFICE <b>OFFICE</b>	UNIT <b>UNIT</b>	WORKER <b>WORKER</b>
Si usted tiene alguna pregunta acerca de cómo completar este Informe, llame al: ( ) <b>PHONE NUMBER</b>		Debemos recibir su Informe debidamente completado antes del <b>REPORT DUE DATE</b> . Si no recibimos el Informe completado para esa fecha, sus beneficios se interrumpirán.

**Instrucciones Generales**

- Responda a todas las preguntas de este formulario.** Todas las preguntas de este formulario deben ser completadas por cada persona que esté recibiendo, o cualquier persona que sea legalmente responsable por alguien que esté recibiendo Beneficios de Asistencia Temporal, Cupones de Alimentos, Cuidado Infantil y/o Medicaid.
- No firme este Informe antes del **SIGNATURE DATE**. Si lo hace, se considerará que este Informe está incompleto.
- Usted debe completar este Informe y devolverlo a la dirección del frente de la notificación adjunta antes del **REPORT DUE DATE**, o sus Beneficios de Asistencia Temporal, Cupones de Alimentos, Cuidado Infantil y/o Medicaid serán reducidos o cancelados.

**Advertencia:** Para **Asistencia Temporal y Medicaid**, usted debe reportar cualquier cambio a su trabajador(a) dentro de 10 días. Para **Beneficios de Cupones de Alimentos**, usted no tiene que reportar cambios en ningún otro momento que el Informe Periódico o en la Recertificación, cualquiera que ocurra primero. Usted debe contactar a su trabajador(a) inmediatamente si ocurre algún cambio que afecte su **Cuidado Infantil**.

**SECCION 1: Por favor indique TODOS LOS RECURSOS PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR**

(Ejemplos de ingreso incluyen salarios de un trabajo, Seguro por Desempleo, Beneficios del Seguro Social, Ingreso Suplementario del Seguro (SSI))

Quién	Nombre del Empleador(a) u Otra Fuente de Ingreso	Cuán a Menudo? (Diario, Semanal, Bimensual, Mensual)	No. Total de Horas Trabajadas por Semana <b>INFORME DEL MES</b>

Envíe Pruebas de todos los ingresos que cualquier miembro del hogar haya recibido durante el mes completo de **INFORME DEL MES**.

*Si el INDICADOR DE CAP ESTA PRESENTE, LA SIGUIENTE ORACION REEMPLAZARA A LA ORACION ANTERIOR:*

Debido a que usted participa en el Programa de Asistencia para Niños (Child Assistance Program--CAP), envíe prueba de sus ganancias, otros ingresos, y costos de cuidado infantil para **1<sup>ST</sup> Month of Report Qtr, 2<sup>ND</sup> Month of Report Qtr, y 3<sup>RD</sup> Month of Report Qtr.**

**SECCION 2:** Ha habido algunos otros cambios (lea las casillas de abajo) desde su último informe, o anticipa usted algunos cambios?

No  o Sí  Si "Sí", usted debe marcar (✓) por lo menos una de las casillas de abajo.

- Los miembros de su hogar se han trasladado. (Indique la nueva dirección debajo.)
- Alguien se ha trasladado fuera de su hogar o ha ingresado a su hogar. (Indique quién se trasladó y cuándo; también indique la nueva cantidad cobrada por alquiler.)
- El costo del alquiler/renta ha cambiado. (Indique la nueva cantidad.)
- Alguien empezó a trabajar o dejó de trabajar. (Indique quién, cuándo, y dónde empezaron o dejaron de trabajar.)
- Los costos de cuidado infantil y/o su proveedor(a) de cuidado infantil han cambiado. (Indique quién provee cuidado infantil y la nueva cantidad.)
- Su necesidad para servicios de cuidado diurno ha cambiado debido a un cambio en su horario laboral u otra razón. (Explique lo que ha cambiado.)
- Un cambio en la contribución o subsidio. (Indique cuál es la contribución y la nueva cantidad.)
- Alguien está embarazada. (Indique quién y la fecha del alumbramiento, si se la conoce.)
- La muerte o nacimiento de alguien en el hogar. (Indique quién y cuándo.)
- Cambio en los pagos legalmente mandatorios de manutención infantil pagados por un miembro de su hogar. (Indique quién en su hogar paga por manutención infantil.)
- Otros cambios que puede que afecten los beneficios. (Indique quién, qué y cuándo ocurrió el cambio y ofrezca prueba, si es posible.)

**Indique los detalles de su(s) cambio(s) aquí, y si tiene prueba(s), envíela(s):**

**CERTIFICACION:** Yo comprendo que la información que yo provea en este informe puede que ocasione cambios en mis beneficios de asistencia, incluyendo la reducción de la cantidad de mis Beneficios de Asistencia Temporal, Cupones de Alimentos, Cuidado Infantil, y Medicaid o el cierre de mi caso. Estoy consciente de que la Ley Federal y Estatal provee una multa y/o pena de cárcel a cualquier persona que trata fraudulentamente de recibir, o ha recibido fraudulentamente, Beneficios de Asistencia Temporal, Cupones de Alimentos, Cuidado Infantil o Medicaid a los que la persona no tiene derecho.

Yo comprendo que yo debo contactar a mi trabajador(a) inmediatamente para reportar cualquier cambio que ocurra con respecto a mi caso de Asistencia Temporal dentro de 10 días.

Yo comprendo que si uso los servicios de un proveedor(a) de cuidado diurno sin licencia o registraci3n, mi proveedor(a) debe cumplir con ciertos requisitos para que sus cobros sean cubiertos.

Para el caso de mis beneficios de Cupones de Alimentos, debo reportar cambios en el Informe Peri3dico y en al Recertificaci3n, cualquiera que ocurra primero. Tambi3n puedo reportar cambios en cualquier otro momento.

**IMPORTANTE- USTED DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO NO ANTES DEL SIGNATURE DATE. SI USTED MARCO "SI" A CUALQUIER CAMBIO EN LA SECCION 2, ASEGURESE DE QUE HAYA MARCADO ( ) LA(S) CASILLA(S) Y QUE HAYA PROVISTO MAS DETALLES. SI ESTE INFORME NO ESTA DEBIDAMENTE COMPLETADO, LE ENVIAREMOS UNA NOTIFICACION DE DISCONTINUACION DE BENEFICIOS.**

Su Firma:	Fecha:	Número de Teléfono (de día)
-----------	--------	-----------------------------

**Complete y Devuelva en el Sobre Provisto**

**LDSS**

Quando usted devuelva este informe, asegúrese de que esta direcci3n esté visible en la ventanilla del sobre de devoluci3n →

**ADDRESS  
CITY, STATE ZIP**