

## SEGUIMIENTO AL INFORME PERIÓDICO

CASO A NOMBRE DE	NÚMERO DE CASO	OFICINA/NÚMERO DE UNIDAD
NÚMERO DE EMPLEADO		NOMBRE DEL EMPLEADO (A CARGO DE LOS CASOS)
Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo completar este informe, llame a:		Debemos recibir su informe completo a más tardar el _____. Si hasta entonces no recibimos el informe completo, sus beneficios serán suspendidos.

### Instrucciones Generales

1. Usted debe **contestar todas las preguntas** en este informe. Hágalo para todos los beneficiarios de, o para cualquier persona legalmente responsable por algún beneficiario de Asistencia Temporal, Cuidado de Niños, Medicaid o Cupones para Alimentos.
2. **No firme** este informe antes de \_\_\_\_\_. Si lo hace, este informe no se considerará completo.
3. Usted debe completar este informe y devolverlo a la dirección que figura en el anverso de la notificación adjunta, a más tardar el \_\_\_\_\_, o sus beneficios de Asistencia Temporal, Medicaid, Cuidado de Niños o Cupones para Alimentos podrán ser reducidos o terminados.

**Recordatorio:** Para **Asistencia Temporal y Medicaid**, usted debe informar cualquier cambio a la persona a cargo de su caso dentro de los 10 días de ocurrido. Para **Cupones para Alimentos**, usted debe reportar, dentro de los 10 días posteriores al fin de mes, si sus ingresos mensuales brutos totales exceden el límite de 130% que se le impuso. Fuera de estos casos, no es necesario que informe ningún cambio en ningún otro momento, más que en este Informe Periódico o durante su recertificación, lo que ocurra primero. Usted debe ponerse en contacto inmediatamente con la persona a cargo de su caso si ocurre algún cambio que afecte su beneficios de **Cuidado de Niños**.

**SECCIÓN 1:** Favor de hacer una lista de **TODOS** los ingresos para **CADA** miembro de su hogar. Si usted sólo recibe cupones para alimentos, debe hacer la lista solamente para cada miembro de su hogar que trabaje.

(Ejemplos de ingresos: pagos por trabajo realizado, Seguro de Desempleo, Beneficios del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI]).

Quién	Nombre del empleador u otra fuente de ingresos	¿Con qué frecuencia? (Por día, por semana, cada dos semanas, por mes.)	Número total de horas trabajadas por semana "Mes reportado"

Proporcione comprobantes de **todos** los ingresos recibidos por los miembros del hogar durante todo el mes de \_\_\_\_\_. (Mes reportado)

Los beneficiarios del Programa de Asistencia para Niños (CAP, siglas en inglés) deben proporcionar comprobantes de ganancias, otros ingresos y costos por cuidado de niños para los meses de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_. (Trimestre reportado)

**SECCIÓN 2:** ¿Ha ocurrido algún otro cambio (lea los casilleros más abajo) desde su último informe o prevé usted que ocurra algún cambio?

No  ó Sí  **Si contestó Sí, debe marcar (✓) por lo menos uno de los siguientes casilleros:**

- Su hogar se mudó. (Escriba abajo el nuevo domicilio).
- alguna persona se mudó de, o a, su hogar. (Indique quién se mudó, cuándo y el nuevo monto del alquiler).
- Su alquiler aumentó o disminuyó. (Escriba abajo el nuevo monto del alquiler).
- alguna persona en su hogar comenzó o dejó un trabajo. (Indique quién, cuándo y dónde comenzó o dejó el trabajo).
- El monto de ingresos no laborales de alguna persona cambió.
- Se produjeron cambios en los costos de su servicio de cuidado de niños o quien se los proporciona. (Indique el nuevo monto y quién le proporciona el servicio).
- Su necesidad de cuidado de niños ha cambiado debido a un cambio en su horario de trabajo u otra razón. (Explique qué ha cambiado).
- Un cambio en la contribución o el subsidio. (Indique de qué contribución se trata y el nuevo monto).
- alguna persona está embarazada. (Escriba quién y la fecha estimada de parto, si la conoce).
- Fallecimiento o nacimiento de alguna persona del hogar. (Indique quién y cuándo).
- Cambio en el sustento de menores legalmente determinado, pagada por un miembro de su hogar. (Indique quién paga el sustento).
- Otros cambios que puedan afectar sus beneficios. (Indique quién, qué y cuándo ocurrieron los cambios y, de ser posible, proporcione comprobantes).

**Escriba aquí los detalles de su(s) cambio(s) y, si tiene comprobantes, proporciónelos:**

**CERTIFICACIÓN:** Yo entiendo que la información que propociono en este informe puede resultar en cambios en la asistencia que recibo, inclusive la reducción del monto de mis beneficios de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Cuidado de Niños y Medicaid, o en el cierre de mi caso. Soy consciente de que las leyes federales y estatales estipulan multas y/o prisión para cualquier persona que, de manera fraudulenta, intente recibir o reciba beneficios de Asistencia Temporal, Medicaid, Cuidado de Niños o Cupones para Alimentos a los que no tenga derecho.

Yo entiendo que debo ponerme en contacto con la persona a cargo de mi caso para informarle sobre cualquier cambio que ocurra en relación con mi programa de Asistencia Temporal dentro de los 10 días de ocurrido dicho cambio.

Yo entiendo que debo ponerme en contacto con la persona a cargo de mi caso inmediatamente si ocurre algún cambio que afecte mis beneficios de cuidado de niños. También entiendo que si, para el cuidado de niños, utilizo servicios que no tengan licencia o registro, la persona que proporcione tales servicios recibirá el pago sólo si cumple con ciertas condiciones.

Yo debo informar sobre cualquier cambio en mi caso de Cupones para Alimentos en el Informe Periódico o al momento de mi recertificación, lo que ocurra primero. También puedo informar sobre cambios en cualquier otro momento.

**IMPORTANTE: USTED DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO NO ANTES DE \_\_\_\_\_. SI USTED RESPONDIÓ “SI” A CUALQUIERA DE LOS CAMBIOS QUE FIGURAN EN LA SECCIÓN 2, ASEGÚRESE DE HABER MARCADO (✓) LOS CASILLEROS Y PROPORCIONADO MÁS DETALLES.**

Su firma:	Fecha:	Número de teléfono (durante el día)
-----------	--------	-------------------------------------

