LDSS-4310-SP (Rev. 2/04)

LDSS

INFORME PERIÓDICO

ADDRESS
CITY, STATE ZIP

Debe completar este Informe y enviarlo a la dirección mencionada en el reverso a más tardar el REPORT DUE DATE para continuar recibiendo beneficios.

CUANDO ENVÍE ESTE INFORME, ASEGÚRESE DE QUE **EL DOMICILIO DEL DISTRITO LOCAL EN EL REVERSO** DE ESTE INFORME APAREZCA EN LA VENTANA DEL SOBRE DE DEVOLUCIÓN.

CASE NAME
ADDRESS
CITY, STATE ZIP

Este "Informe periódico" nos asiste a recopilar información sobre todo cambio que se haya producido en su situación desde la última vez que se comunicó con la persona a cargo de su caso. Asegúrese de leer atentamente y cumplir todas las instrucciones antes de completar este "Informe periódico". Es importante que usted complete, firme y envíe este informe a más tardar en la fecha de vencimiento mencionada más arriba. De lo contrario, se suspenderán los beneficios.

CASO A NOMBRE DE **CASE NAME**		NÚMERO DEL CASO **CASE NUMBER**
OFICINA **OFFICE**	UNIDAD **UNIT**	TRABAJADOR(A) DE CASOS **WORKER**
Si tiene preguntas sobre cómo completar este Informe, sírvase llamar al: **( )** **PHONE NUMBER**	Debemos recibir su Informe completo a más tardar el **REPORT DUE DATE** Si no recibimos el Informe completo para esta fecha, sus beneficios se suspenderán.	

Instrucciones generales

1. Debe **responder todas las preguntas** de este Informe. Responda todas las preguntas de este Informe por cada una de las personas que recibe **o** por las personas legalmente responsables de los que reciben Asistencia Temporal, Cuidado de Menores, Medicaid y/o Beneficios de Cupones para Alimentos.
2. **No** firme este Informe antes del **SIGNATURE DATE.** Si lo hace, no se considerara que el informe esté completo.
3. Debe completar este Informe y enviarlo a la dirección mencionada en el reverso del mismo a más tardar el **REPORT DUE DATE**. En caso contrario, se podrán reducir o suspender sus Beneficios de Asistencia Temporal, Medicaid, Cuidado de Menores o Cupones para Alimentos.

Recuerde: Para **Asistencia Temporal y Medicaid,** deberá informar los cambios a su trabajador(a) de casos en el término de 10 días. Con relación a los **beneficios de Cupones para Alimentos,** deberá informar dentro de los diez días de finalizado el mes si el total de sus ingresos brutos mensuales supera el límite de 130% que se le otorgó. En caso contrario, no es necesario que informe cambios en ningún otro momento más que al completar el Informe periódico o al momento de la recertificación, lo que ocurra primero. Debe comunicarse inmediatamente con su trabajador(a) de casos si se producen cambios que modifiquen sus beneficios de **Cuidado de Menores.**

LDSS-4310-SP (Rev. 2/04)

SECCIÓN 1: Sírvase incluir TODOS los ingresos de CADA integrante de la unidad familiar. Si recibe solamente beneficios de cupones para alimentos, sólo tiene que indicar en esta sección las ganancias para cada integrante de la familia que trabaja.

(Los ingresos incluyen, por ejemplo: ingresos por empleo, 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, por quincena, por mes)	Cantidad total de horas trabajadas por semana **REPORT MONTH**

Envíe comprobantes de <u>cada</u> ingreso recibido por los integrantes del hogar durante todo el mes del Informe mensual.

If CAP INDICATOR IS PRESENT, THE FOLLOWING SENTENCE WILL REPLACE THE SENTENCE ABOVE:
Dado que usted participa en el Programa de Asistencia de Menores (CAP), envíe comprobante de ganancias, ingresos adicionales y costos por cuidado de menores del 1ST Month of Report Qtr, 2ND Month of Report Qtr, and **3RD Month of Report Qtr.**

<u>SECCIÓN 2:</u> ¿Ha habido algún otro cambio (lea los casilleros a continuación) desde su último Informe, o anticipa algún cambio?

No☐ Sí☐ **Si contestó "SÍ", deberá marcar (✓) por lo menos uno de los casilleros a continuación.**

☐ Su familia cambió de domicilio (escriba la nueva dirección a continuación).

☐ Un integrante se incorporó o se retiró del hogar (incluya el nombre de la persona, la fecha y el nuevo monto del alquiler).

☐ Su alquiler aumentó o disminuyó (incluya el nuevo monto del alquiler).

☐ Alguna persona empezó a trabajar o dejó de hacerlo (incluya quién, cuándo y dónde empezó o dejó de trabajar).

☐ Cambio en la cantidad de ingresos no devengados de algún integrante del hogar.

☐ Cambió en los costos de cuidado de menores o del proveedor (incluya el nuevo monto y el proveedor de cuidado de menores).

☐ Se modificó su necesidad de cuidado de menores debido a un cambio en su horario de trabajo o por otra razón. (Explique el cambió).

☐ Un cambio en la contribución o subsidio (incluya el tipo de contribución y nuevo monto).

☐ Hay una mujer embarazada (incluya el nombre y la fecha prevista del nacimiento, si se conoce).

☐ Fallecimiento o nacimiento de un integrante del hogar (incluya el nombre y la fecha).

☐ Cambio en el monto de manutención infantil que paga un integrante de su hogar (incluya el nombre de la persona que paga manutención).

☐ Otros cambios que afecten el recibo de beneficios (incluya nombre del integrante, tipo de cambio, fecha y comprobante, si es posible).

Incluya a continuación los detalles del cambio(s) y envíe comprobantes, si los tiene:

_____

_____

CERTIFICACIÓN: Entiendo que la información proporcionada en este informe puede originar cambios en mis beneficios, incluyendo la reducción en el monto de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Cuidado de Menores y Medicaid, o el cierre de mi caso. Estoy en conocimiento de que las leyes federales y del estado disponen multas y/o penas de prisión para las personas que, en forma fraudulenta, intentan obtener o recibir sin tener derecho, beneficios de Asistencia Temporal, Medicaid, Cuidado de Menores o Cupones para Alimentos.

Tengo conocimiento de que debo informarle a mi trabajador(a) de todo cambio que se produzca con relación a mi caso de Asistencia Temporal dentro de los 10 días de ocurrir el cambio.

Entiendo que debo comunicarme inmediatamente con mi trabajador(a) de casos si se producen cambios que modifiquen mis beneficios de cuidado de menores. También entiendo que si utilizo los servicios de un proveedor de cuidado de menores que no cuente con licencia o no esté inscripto, dicho proveedor deberá cumplir con determinados requisitos para poder recibir pagos.

Con respecto a mi caso de beneficios de Cupones para Alimentos, debo informar cambios en el Informe periódico y en la Recertificación, lo que ocurra primero. También puedo informar cambios en cualquier otro momento.

IMPORTANTE- DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO <u>NO ANTES DEL</u> SIGNATURE DATE. SI MARCÓ "SÍ" A LA PREGUNTA SOBRE CAMBIOS EN LA SECCION 2, ASEGÚRESE DE MARCAR LA CASILLA CORRESPONDIENTE SEGÚN EL CAMBIO Y DE PROPORCIONAR DETALLES. SI ESTE INFORME NO ESTÁ COMPLETO, LE ENVIAREMOS UN AVISO DE SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS.

Su firma:	Fecha:	Número telefónico (durante el día):

<u>Completar y enviar en el sobre adjunto</u>
Cuando devuelva este Informe, verifique que este domicilio quede a la vista en la ventana del sobre ➔

LDSS
OFF/UNIT/WKR
ADDRESS
ADDRESS
CITY, STATE ZIP