

Formulario de informe de cambios de Temporary Assistance for Needy Families, (Asistencia temporal para familias necesitadas, TANF)/Asistencia Médica

Su nombre	Especialista en beneficios
Dirección	Dirección
Ciudad, estado, código postal	Ciudad, estado, código postal
Número de teléfono	Número de teléfono

Los cambios se deben reportar a su Especialista en beneficios del Departamento de Servicios Sociales tan pronto como se entere de estos, pero a más tardar 10 días a partir de la fecha del cambio. Puede reportar los cambios al ir a la Oficina del Departamento de Servicios Sociales, llamar a su Especialista en beneficios o puede utilizar este formulario para reportar los cambios.

✓ MARQUE LAS SECCIONES QUE HAN CAMBIADO

Para los programas de Asistencia médica o Temporary Assistance for Needy Families, TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas, TANF):

Error! Bookmark not defined. **Alguien se mudó a su hogar (complete la sección siguiente)**

Nombre de la persona	Indique si está solicitando Asistencia médica o Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF):
_____ Primer nombre Segundo nombre Apellido	¿Asistencia médica? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Asistencia temporal para familias necesitadas, TANF? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Alguien se mudó fuera de su hogar (incluya el nombre de la persona a continuación):

Nombre de la persona	Fecha en que se fue
_____ Primer nombre Segundo nombre Apellido _____	_____

Ingresos de empleo que cambiaron. Marque las razones a continuación:

- Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas
 Otro: Describa el cambio _____

Proporcione la información del empleador a continuación:		
Nombre del empleador, dirección y número de teléfono	Salarios/propinas (antes de impuestos)	Promedio de horas trabajadas cada SEMANA
_____ _____ _____	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente	_____

Si trabaja por su cuenta, describa el tipo de trabajo y el cambio en ingresos a continuación:

Otros ingresos que cambiaron. Complete todos los que apliquen

Fuente de ingresos	Monto	¿Con qué frecuencia los recibe?	Fuente de ingresos	Monto	¿Con qué frecuencia los recibe?
Desempleo			Pensión alimenticia recibida		
Pensiones			Agricultura/pesca neta		
Seguridad Social			Renta neta/regalías		
Cuentas de retiro			Otro tipo de ingresos		

Alguien en el hogar está embarazada. Si está marcado, complete las preguntas siguientes:

Nombre de la persona que está embarazada: _____ ¿Cuántos bebés están esperando? _____

Alguien tuvo un bebé. Si está marcado, complete las preguntas siguientes:

Fecha de nacimiento: _____ Nombre del recién nacido: _____

Solo para asistencia médica:

Error! Bookmark not defined. ¿Se inició el seguro médico, se canceló o cambió de compañía?

Enumere los números de póliza _____ Compañía Nombre/dirección: _____

Describa el cambio: _____

Solo para Asistencia temporal para familias necesitadas:

MARQUE LAS SECCIONES QUE HAN CAMBIADO, EXPLIQUE Y ADJUNTE PRUEBAS:

Error! Bookmark not defined. Cambiaron las cuentas bancarias/recursos. Describa las cuentas nuevas, aumento en los montos en las cuentas existentes, etc.

Error! Bookmark not defined. Compró, vendió, cambió o entregó vehículos (carros, camiones, barcos, etc). Describa el cambio:

Error! Bookmark not defined. El monto que paga por los pagos de manutención infantil inició, se detuvo o cambió.

Describa para quién es el pago, a quién se le paga y el cambio en el pago:

Error! Bookmark not defined. Cambió la asistencia a la escuela. Proporcione el nombre, cambio que ocurrió y fecha de la ocurrencia:

Entiendo que la información de este formulario está sujeta a verificación por parte de los funcionarios, federales, estatales y locales para determinar que dicha información incluida en este formulario es correcta y completa. Si se descubre que cualquier información es incorrecta, los beneficios se pueden reducir o cancelar y podría ser responsable de reembolsar los beneficios. Declaro y afirmo bajo pena de perjurio que este formulario de informe ha sido examinado por mí y según lo mejor de mi conocimiento todo lo que incluye es verdadero y correcto. Entiendo que puedo estar sujeto a una acusación criminal por proporcionar una información incorrecta deliberadamente.

Firma

Fecha

Comentarios adicionales: _____
