

**DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE MARYLAND  
ADMINISTRACION DE INVERSION FAMILIAR  
FORMULARIO DE INFORME SOBRE LOS CAMBIOS**

Fecha de recibo(Sólo para uso de la agencia)

Oficina LDSS		Programas que recibe		Números de identificación AU	
Nombre del Trabajador Social					
Su nombre (apellido, nombre, segundo nombre)			Teléfono en casa		Teléfono del trabajo
¿Dónde vive? (número y nombre de la calle)			No. de Apto.	Ciudad	
				Estado	Código Postal
Su número de Seguro Social					Su Fecha de Nacimiento

¿Qué idioma habla?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
**Si no habla inglés y requiere servicios gratuitos de traducción, llamar a su trabajador social o al 1-800-332-6347.**

**PARTE 1: REPORTAR SOBRE LOS CAMBIOS EN LA FAMILIA**

Quitar el nombre de \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

Nueva Persona: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

**# de Seguro Social** \_\_\_\_\_ **¿Es esta persona un ciudadano de los E.U.A.?**  Sí  No

*Si agrega a un niño menor de 18 años, favor de completar la siguiente sección:*

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

¿Está dispuesto a tomar medidas contra el padre/madre del niño(a) que no vive en el hogar para obtener la manutención?  Sí  No

**PARTE 2: REPORTAR LOS CAMBIOS DE DIRECCIÓN Y/O COSTOS DE VIVIENDA**

Nueva Dirección: \_\_\_\_\_ # de Apartamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Fecha de mudanza: \_\_\_\_\_ ¿Vivienda pública?  Sí  No ¿Sección 8?  Sí  No

Dirección Postal (si es diferente) \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en su familia que paga cualquiera de los siguientes gastos? Marque todos los gastos pagados y conteste las preguntas.

√	Gastos	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	¿Quién paga?	√	Gastos	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	¿Quién paga?
	Renta					Agua			
	Hipoteca					Alcantarilla			
	Luz					Basura			
	Gas					Madera/carbón			
	Petróleo					Impuestos de la Propiedad			
	Costo de Asociación/ Condominios/ Vivienda Cooperativa					Seguro de Vivienda			
	Teléfono					Otro			

¿Se incluye la calefacción en su renta?  Sí  No ¿Paga una cuenta de luz por la electricidad o por cocinar?  Sí  No

Si no se incluye en su renta, ¿cuál es su fuente de calefacción? \_\_\_\_\_ ¿Paga el aire acondicionado?  Sí  No

¿Alguien le ayuda con el costo de estos servicios básicos?  Sí  No En el caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Comparte alguno de los costos de vivienda que se indican arriba?  Sí  No En el caso afirmativo, ¿con quién(es)? \_\_\_\_\_

¿Cuánto paga usted? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido Asistencia de Energía en su dirección actual en los últimos 12 meses?  Sí  No

¿Vive con personas que no están en su subvención?  Sí  No En el caso afirmativo, ¿con quién(es)? \_\_\_\_\_

¿Compra sus alimentos aparte de estas personas?  Sí  No

**PARTE 3: REPORTAR SOBRE LOS CAMBIOS DE BIENES**

**Ahora yo tengo:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de cheques | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros           |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida    | <input type="checkbox"/> Fondo Fiduciario            |
| <input type="checkbox"/> Propiedades       | <input type="checkbox"/> Liquidación de un accidente |
| <input type="checkbox"/> Acciones/Bonos    | <input type="checkbox"/> Otros Recursos _____        |

Indique la cantidad o el valor de los recursos: \_\_\_\_\_

**Ahora yo no tengo:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de cheques | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros           |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida    | <input type="checkbox"/> Fondo Fiduciario            |
| <input type="checkbox"/> Propiedades       | <input type="checkbox"/> Liquidación de un accidente |
| <input type="checkbox"/> Acciones/Bonos    | <input type="checkbox"/> Otros Recursos _____        |

Indique la cantidad o el valor de los recursos: \_\_\_\_\_

**PARTE 4: REPORTAR SOBRE LOS CAMBIOS DE INGRESOS INFORMALES**

**Ahora yo tengo:**

- Seguro Social       Manutención infantil/pensión  
 Ingreso de seguridad  
supplemental (SSI)       Beneficios de desempleo  
 Liquidación de seguros  Ganacias de lotería  
 Jubilación ferroviaria       Contribuciones de otras personas  
 Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_  
 Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

Fecha de pago: \_\_\_\_\_  
Cantidad: \$ \_\_\_\_\_  Semanal  Quincenal  Mensual  
 Otro \_\_\_\_\_  
Fecha del primer cheque: \_\_\_\_\_ Cantidad del primer cheque: \$ \_\_\_\_\_

**Ahora yo no tengo:**

- Seguro Social       Manutención infantil/pensión  
 Ingreso de seguridad  
supplemental (SSI)       Beneficios de desempleo  
 Liquidación de seguros  Ganacias de lotería  
 Jubilación ferroviaria       Contribuciones de otras personas  
 Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_  
 Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

Fecha del último pago: \_\_\_\_\_

**PARTE 5: REPORTAR SOBRE LOS CAMBIOS DE GASTOS**

¿Tiene usted o cualquier otra persona de su hogar gastos que debe pagar, tales como:

Cuentas médicas, tales como, recibos, recetas o seguros médicos?  Sí  No En caso afirmativo, haga una lista del tipo y la cantidad: \_\_\_\_\_

¿Cuentas académicas?  Sí  No En el caso afirmativo, haga una lista del tipo y la cantidad: \_\_\_\_\_

Manutención asignada por la corte para un niño que no se incluye entre los miembros de la familia que recibe cupones de alimentos? En caso afirmativo, ponga el nombre del niño y la cantidad:

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_  
Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_

¿Cuidado infantil/adulto?  Sí  No Nombre de la persona que recibe este servicio: \_\_\_\_\_

Proveedor del servicio: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Cantidad que se paga por el servicio \$ \_\_\_\_\_ Cada:  Día  Semana  Quincena  Mes

**PARTE 6: REPORTAR SOBRE LOS CAMBIOS DE GANANCIAS FORMALES**

¿Alguno en su hogar recibe cualquier ganancia de un **nuevo trabajo**? (tal como, un empleo de tiempo completo o medio tiempo, empleo por cuenta propia, cuidado infantil, trabajos eventuales, empleos diurnos, pagos de inquilino/huesped, etcétera.)  Sí  No En caso afirmativo, haga una lista de todas sus ganancias brutas **antes de calcular las deducciones**

Fecha en que comenzó el empleo: \_\_\_\_\_ Fecha en que recibió el primer cheque: \_\_\_\_\_ Cantidad total de ese cheque \$ \_\_\_\_\_

NOMBRE	NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL EMPLEADOR	PAGO DE SUELDO	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS SEMANALES	CANTIDAD RECIBIDA POR PERIODO DE PAGO	CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBE Por día, semanal, quincenal, mensualmente)

¿Ha **perdido un empleo** usted o alguien de su familia?  Sí  No En el caso afirmativo, nombre de la persona que perdió el empleo

Último día de empleo \_\_\_\_\_ Fecha del último pago \_\_\_\_\_

Juro o confirmo bajo pena de perjurio que todos los datos que he proporcionado son verídicos, correctos y completos de acuerdo a mi capacidad, fe y conocimiento.

**SU FIRMA**

**FECHA**

Si retiene datos sobre cualquier cambio en su hogar a propósito, nos adeudará el valor de los cupones de alimentos adicionales que reciba. También se le puede excluir del Programa de Cupones de Alimentos durante un año después de la primera ofensa, 2 años después de la segunda y permanentemente después de la tercera. Un juez puede multarle por una cantidad no mayor de \$250 mil dólares y/o encarcelarlo hasta por 20 años. Además, un juez puede excluirlo del programa durante 18 meses adicionales. Por otra parte, es posible que tenga que enfrentar cargos federales adicionales.

En cuanto a la asistencia pública y médica, debe informarnos sobre cualquier cambio dentro de 10 días. Para los cupones de alimentos, al menos que se encuentre en el grupo de informes simplificados, debe informarnos únicamente sobre los siguientes cambios dentro de 10 días (su trabajador social le puede explicar cuáles son los requisitos del programa de informes simplificados):

- Cuando sus ingresos informales suben o bajan más de \$25 dólares. No tiene que informarnos sobre cambios en su caso de Asistencia Temporal en Efectivo (TCA)
- Cuando los ingresos informales de una fuente privada, tales como, las contribuciones o la manutención infantil, suben o bajan más de \$100 dólares.
- Cambios de cualquier fuente de ingresos. Cuando hay una nueva fuente de ingresos formales dentro del hogar, se debe informar sobre el cambio dentro de 10 días después de recibir el primer pago.
- Cambios de ganancias mayores de \$100 dólares para aquellas familias que no están sujetas a los requisitos de informes simplificados.
- Cualquier cambio en el número de personas en su hogar.
- Su nueva dirección si se cambia y cualquier cambio del costo de vivienda que resulte de esa mudanza.
- Cuando el efectivo disponible, las acciones, los bonos y el dinero en una cuenta bancaria o institución de ahorros sean o excedan un total de \$2 mil dólares, o \$3 mil dólares por un hogar de ancianos.
- Cambios de la obligación legal de pagos de manutención infantil.
- Cambios del horario de trabajo de un adulto sin hijos o discapacidades físicas cuando la cantidad es menor de 80 horas por mes.