

FORMULARIO PARA INFORMAR CAMBIOS

Este formulario será usado para notificarle a su oficina de cupones de alimentos cualquier cambio que haya en la situación de su hogar. También usted puede llamar a _____ para informar los cambios.

USTED DEBE INFORMAR LOS SIGUIENTES CAMBIOS DENTRO DE LOS SIGUIENTES 10 DÍAS DEPSUÉS DE HABERLOS DETECTADO. (SI COMIENZA UN NUEVO EMPLEO, USTED DEBE INFORMARNOS DENTRO DE DIEZ DÍAS DESPUÉS DE SU PRIMER DÍA DE TRABAJO).

- ◆ CAMBIOS EN INGRESOS BRUTOS MENSUALES NO GANADOS DE MÁS DE \$25.00, TALES COMO SEGURO SOCIAL, SSI Y AYUDA EN GENERAL. USTED NO TIENE QUE INFORMAR LOS CAMBIOS EN SU AFDC.
- ◆ CAMBIOS EN INGRESOS MENSUALES GANADOS, SÓLO SI HAY ALGÚN CAMBIO EN
 (A) LA FUENTE, COMO EL OBTENER UN TRABAJO CON UN NUEVO EMPLEADOR,
 (B) EL SALARIO TAL O LA TARIFA POR HORA O
 (C) LA SITUACIÓN, DE TIEMPO COMPLETO A MEDIO TIEMPO O DE MEDIO TIEMPO A TIEMPO COMPLETO
- ◆ CAMBIOS EN LA INTEGRACIÓN DE SU FAMILIA (COMO POR EJEMPLO, SI ALGUIEN DEJA O ENTRA A LA FAMILIA).
- ◆ CAMBIOS DE RESIDENCIA Y CAMBIOS EN LOS COSTOS DE RENTA O HIPOTECA QUE RESULTEN DE SU CAMBIO DE DOMICILIO.
- ◆ AL OBTENER UN VEHÍCULO CON LICENCIA QUE NO ESTÉ EXENTO DE CONSIDERACIÓN DE LOS INGRESOS.
- ◆ CAMBIOS EN ALGUNA OBLIGACIÓN LEGAL PARA PAGAR PENSIÓN INFANTIL. ESTO INCLUYE YA NO TENER QUE PAGAR MANUTENCIÓN O UNA MODIFICACIÓN EN LA ORDEN DEL TRIBUNAL. ASIMISMO, SI USTED TIENE UN EXPEDIENTE DE MENOS DE TRES MESES DE ESTAR PAGANDO PENSIÓN INFANTIL, USTED DEBE INFORMAR LOS CAMBIOS QUE HAYA EN LA CANTIDAD QUE USTED PAGA Y QUE SEA MAYOR DE \$50 EN COMPARACIÓN CON LA CANTIDAD QUE SE UTILIZÓ EN SU PERÍODO DE CERTIFICACIÓN ACTUAL.
- ◆ CUALQUIER RECURSO DE LIQUIDEZ COMO EFECTIVO INMEDIATO, BALANCES DE CUENTAS BANCARIAS, ACCIONES, BONOS O TÍTULOS, ETC. QUE SUMEN O EXCEDAN \$2,000 (O \$3,000 PARA HOGARES DONDE HAY MIEMBROS DE 60 AÑOS DE EDAD O MÁS).

INSTRUCCIONES: POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y DEVUÉLVALA A LA OFICINA DE CUPONES DE ALIMENTOS.

NOMBRE: _____ #TEL. DE DÍA _____

DIRECCIÓN: _____ CASO No. _____

ESTO ES PARA INFORMARLES QUE:

() 1. Yo (nosotros) me mudé/nos mudamos a _____ el _____
 (nueva dirección) (fecha de mudanza)

() 2. Ha llegado un nuevo miembro a nuestra familia.

Fecha en que llegó: _____ Nombre: _____

Parentesco _____

Fecha de nacimiento: _____ No. de Seguro Social _____

Fuente de ingresos _____

- () 3. Un miembro de nuestra familia ha dejado la casa.
 Nombre: _____ Fecha en que salió: _____
 Parentesco: _____ Fuente de ingresos _____
- () 4. Yo (nosotros) he (hemos) tenido un cambio en los **INGRESOS GANADOS**. El cambio fue de:
 () FUENTE _____ (nombre y dirección del nuevo empleador)
 () SUELDO O TARIFA POR HORA _____ (nueva cantidad)
 () SITUACIÓN ()era de tiempo completo, ahora medio tiempo ()era medio tiempo, ahora tiempo completo
- () 5. Yo (nosotros) he (hemos) tenido un cambio en los **INGRESOS NO GANADOS**.
 El ingreso era de \$ _____ y ahora es de \$ _____.
 Fuente _____ Fecha del cambio _____
- () 6. Yo (nosotros) he (hemos) adquirido un vehículo con licencia.
 Fabricante: _____
 Modelo: _____ Año: _____ Valor: \$ _____ Fecha de adquisición _____
- () 7. Yo (nosotros) he (hemos) tenido el siguiente aumento de recursos: _____
 Fecha _____
- () 8. Yo (nosotros) he(hemos) tenido el siguiente cambio en la pensión infantil que debo (debemos) proveer:

- () 9. Este cambio sólo ocurrirá este mes. ()Sí () NO, CONTINUARÁ.
- () 10. Otros cambios que usted quiera informar **pero que no es obligatorio hacerlo**: (tales como cambios en el costo de albergue incluso si no se ha mudado, gastos médicos, etc.)

RECUERDE: Si sus costos por servicios públicos son mayores que el estándar de servicio público por cupones de alimentos, usted puede listar los costos reales para permitirle recibir mayores beneficios. Los hogares con miembros ancianos o incapacitados pueden calificar para una deducción por albergue en exceso.

CUALQUIER MIEMBRO DE SU FAMILIA QUE INTENCIONALMENTE ROMPA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES NORMAS NO PODRÁ RECIBIR CUPONES DE ALIMENTOS POR 12 MESES EN LA PRIMERA OCASIÓN, POR 24 MESES EN LA SEGUNDA OCASIÓN Y DE FORMA PERMANENTE DESPUÉS DE LA TERCERA OCASIÓN. UN TRIBUNAL TAMBIÉN PUEDE ORDENAR QUE SE LE SUSPENDA EL BENEFICIO A ESA PERSONA POR 18 MESES ADICIONALES. ASIMISMO, A LA PERSONA SE LE PUEDE MULTAR CON \$250,000, ENCARCELÁRSELE POR 20 AÑOS O AMBAS. BAJO OTRAS LEYES FEDERALES, SE PUEDEN TOMAR MEDIDAS ADICIONALES PENALES O CIVILES EN CONTRA DEL INDIVIDUO.

NO PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA U OCULTE INFORMACIÓN PARA OBTENER O CONTINUAR RECIBIENDO CUPONES DE ALIMENTOS.

NO NEGOCIE O VENDA LOS CUPONES DE ALIMENTO, TARJETAS DE AUTORIZACIÓN O TARJETAS DE FAMILIES FIRST.

NO ALTERE TARJETAS DE AUTORIZACIÓN O DE FAMILIES FIRST PARA OBTENER MÁS CUPONES DE ALIMENTOS DE LOS QUE DEBE.

NO USE LOS CUPONES DE ALIMENTOS, TARJETAS DE AUTORIZACIÓN O DE FAMILIES FIRST QUE PERTENEZCAN A ALGUIEN MÁS.

NO USE CUPONES DE ALIMENTOS PARA COMPRAR ARTÍCULOS NO CALIFICADOS COMO BEBIDAS ALCOHÓLICAS O TABACO.

SI A USTED O A ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR SE LES ENCUENTRAN CULPABLES EN ALGÚN TRIBUNAL POR INTERCAMBIAR SUS CUPONES DE ALIMENTOS POR ARMAS DE FUEGO, MUNICIONES, EXPLOSIVOS O SUSTANCIAS CONTROLADAS, A LA PARTE CULPABLE SE LE DESCALIFICARÁ DE MANERA PERMANENTE DEL PROGRAMA DE CUPONES DE ALIMENTOS.

ENTIENDO LA SANCIÓN POR OCULTAR O PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA. TAMBIÉN ENTIENDO QUE DEBO EL VALOR DE CUALQUIER CUPÓN DE ALIMENTOS ADICIONAL QUE RECIBA POR NO HABER NOTIFICADO POR COMPLETO LOS CAMBIOS EN MI HOGAR. ESTOY DE ACUERDO EN PROBAR CUALQUIER CAMBIO QUE INFORME SI ASÍ ME LO SOLICITAN. MIS RESPUESTAS EN ESTE FORMULARIO SON CORRECTAS Y COMPLETAS A MI MEJOR ENTENDER. ENTIENDO QUE MI FIRMA AUTORIZA A LOS FUNCIONARIOS FEDERALES, ESTATALES Y LOCALES PARA PONERSE EN CONTACTO CON OTRAS PERSONAS U ORGANIZACIONES CON EL OBJETO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO.

SU FIRMA _____

LA FECHA DE HOY _____