

Verificación de Cambio de Situación

Use esta forma para registrar cambios de situación entre revisiones o para registrar cambios reportados en el Programa de Work First.

Fecha: _____ Condado: _____ Trabajador del Caso _____

Jefe de Familia: _____ PDC/ICS No. _____

Método del Reporte: Teléfono ___ En persona ___ Correo ___ QR ___ Fecha del Reporte: _____

1. **Cambio en los Ingresos:** Ingreso Bruto: \$ _____ Ganado No-ganado

Fuente de Ingreso: _____ Frecuencia: _____

Recibido por: _____ Parentesco con Jefe de Familia: _____

2. Cambio de Dirección:

Cambio de Dirección Sale del Condado Sale del Estado Fecha: _____

Nueva Dirección: _____

Teléfono: _____ Casa Trabajo Solo Mensajes

Fecha en que sale del condado (Fecha de transferencia): _____

3. Cambio en la Composición del Grupo Familiar:

A. Alguien viene a vivir con la familia Fecha: _____ Nuevo bebe

Nombre: _____ Nació: _____ Sexo: ___ Raza: _____

Lugar de Nacimiento: _____ SSN (si solicita asistencia): _____

Nombre de los Padres 1. _____ 2. _____

Parentesco con Jefe de Familia: _____ Sujeto a Family Cap: Si No

Sí respondió no, ¿por qué?: _____

Estado Civil: _____ Nombre del Conyugue: _____

Está incluido en el caso de Asistencia Financiera de Work First: Si No

Sí respondió no, ¿por qué?: _____

B. Alguien fue a vivir a otro lugar Alguien fue a vivir a otro lugar temporalmente (Vea Manual WF)

Nombre: _____ Parentesco con el Jefe de Familia: _____

Fecha que se fue de casa: _____ Si es temporal, Fecha de Regreso: _____

Razón de la ausencia: _____

DSS-1662 SP (rev. 02-16)

Servicios Económicos y Familiares - Economic and Family Services

La División de Servicios Sociales de Carolina del Norte no discrimina sobre las bases de raza, color, nación de origen, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad en la admisión, tratamiento, o participación en sus programas, servicios y actividades, o en el empleo.

4. Tiempo Límite de Extensión/Solicitud de Excepción:

Excepción por Situación Difícil (60 Meses Federal) Extensión (Incluye 24 y 60 límites estatales)

Fecha de Petición: _____ Solicitado por: _____

Razón: _____

5. Nueva Apertura del Caso

Fecha de Petición _____ Solicitado antes del día 10 del mes Si No

Aprobado Negado Razón de Negación: _____

6. Otros Cargos: _____

7. Acción en el Caso/Resultados:

Al firmar esta forma declaro que:

- Cada uno de los solicitantes es Ciudadano Americano o un Inmigrante Calificado.
- He leído y entendido mis derechos y responsabilidades, incluyendo mi derecho a declarar una causa justificada (una buena causa) para no cooperar con la Oficina de Child Support (Manutención Infantil).
- Toda la información que he proporcionado es correcta.
- Entiendo que si no firmo esta forma, la Asistencia del Programa Work First (Trabajar Primero), puede ser negada, reducida o terminada.

Firma de Jefe de Familia: _____ Fecha: _____

Firma del Entrevistador: _____ Fecha: _____