

INFORME DE ASISTENCIA FAMILIAR WORK FIRST

DESPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL MES DEL INFORME.
Usted debe devolver este formulario a más tardar el

Suministre la información o los cambios correspondientes al **MES DEL INFORME** de

Si la dirección indicada abajo no es correcta, sírvase corregirla.

Una vez que llene este formulario, devuélvalo a la dirección indicada arriba.

◆ IMPORTANTE ◆

**** ¿Cómo afecta esto al cheque de asistencia familiar? ****

1. Si este informe no se llena completamente, firma y devuelve en la fecha que se indica arriba, dejará de recibir el cheque de Asistencia Familiar y Medicaid. También podrá dejar de recibir las estampillas de alimentos.

2. La información o los cambios indicados en este informe pueden aumentar, disminuir el monto del cheque o interrumpir la entrega del cheque de asistencia familiar y las estampillas de alimentos. El beneficio de Medicaid también puede interrumpirse.

CÓMO LLENAR ESTE INFORME

Lea cada parte. Marque Sí si tiene algo que informar.
 Marque NO si no tiene nada que informar.
 LLAME O VISITE AL ASISTENTE SOCIAL SI NECESITA AYUDA.
 O LLAME GRATIS AL 1-800-662-7030.

LEA CADA PREGUNTA. SIGA LAS INSTRUCCIONES CORRESPONDIENTES A CADA PREGUNTA. USTED DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS.

LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO SE APLICAN A LOS SIGUIENTES MIEMBROS FAMILIARES.

- | | |
|--|--|
| <p>A. Usted (a menos que sea el único beneficiario de un cheque de asistencia familiar que no incluya a sus hijos)</p> <p>B. Cualquier hijo incluido en el cheque de asistencia familiar</p> | <p>C. Cualquiera de los padres o padrastos de la casa</p> <p>D. Su patrocinador si usted es inmigrante (no se aplica a indochinos, laosianos o camboyanos)</p> |
|--|--|

① ¿Alguna persona de su casa trabaja? Sí No **Si la respuesta es afirmativa,** envíe todos los recibos de sueldo correspondientes al **MES DEL INFORME.**

- Si se le paga mensualmente o trabaja por cuenta propia, envíe los recibos de sueldo o comprobantes de ingresos de los últimos dos meses.
- Si usted no tiene todos los recibos de sueldo, puede pedirle a su empleador que complete esta sección del **MES DEL INFORME.**
- Si usted trabaja y no envía este formulario antes de la fecha indicada arriba, no recibirá deducciones por gastos del trabajo, cuidado infantil ni otras deducciones del trabajo. **Eso puede ocasionar que la Asistencia Familiar Work First que recibe se interrumpa o se reduzca.**

A.	NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA					B.	NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA						
NOMBRE/DIRECCIÓN/Nº DE TELÉFONO/FIRMA DEL EMPLEADOR						NOMBRE/DIRECCIÓN/Nº DE TELÉFONO/FIRMA DEL EMPLEADOR							
	FECHA DEL PAGO RECIBIDO			PAGO BRUTO	PROPINAS	TOTAL DE HORAS		FECHA DEL PAGO RECIBIDO			PAGO BRUTO	PROPINAS	TOTAL DE HORAS
	MES	DÍA	AÑO					MES	DÍA	AÑO			
1							1						
2							2						
3							3						
4							4						
5							5						
Indique la cantidad de horas que esta persona trabajará el próximo mes: _____						Indique la cantidad de horas que esta persona trabajará el próximo mes: _____							
¿Esta persona estuvo en huelga el último día del MES DEL INFORME? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						¿Esta persona estuvo en huelga el último día del MES DEL INFORME? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

② ¿Alguna persona paga el cuidado infantil o paga el cuidado de un familiar adulto discapacitado? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿ha habido algún cambio en la cantidad que usted paga desde el último informe? Sí No Si la respuesta es afirmativa, llene a continuación.

¿A QUIÉN ATIENDE EL CUIDADOR?					
¿Quién paga el cuidador?		¿Cuál es el nombre del cuidador?			
Nº de teléfono del cuidador		Costo por semana	\$	Pago total en MES DEL INFORME	\$

③ **¿Alguien de su casa consigue dinero por un medio distinto al trabajo?** Ejemplos: dinero en efectivo, contribuciones, regalos, manutención de menores, subsidio de desempleo, Seguro Social, ingreso suplementario de seguridad (SSI), indemnización laboral y otros. Sí No **Si la respuesta es afirmativa**, envíe el comprobante correspondiente al **MES DEL INFORME**. (Si el dinero proviene de manutención de menores, envíe el comprobante de los últimos dos meses).

¿QUIÉN LO OBTUVO?	¿TIPO?	¿CUÁNTO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA LO RECIBIÓ?	¿DE QUIÉN LO RECIBE?		
				Nombre	Dirección	Teléfono

④ **¿Usted o alguien de su casa ha recibido un pago único en los últimos 3 meses?**
 (Son ejemplos de pagos únicos: pagos atrasados del Seguro Social, pagos de seguros, herencia, reembolso del impuesto sobre los ingresos)
 Sí No **Si la respuesta es afirmativa**, llene a continuación. (También envíe una copia de la carta que explica el pago que recibió).

Nombre de la persona que recibió el pago	Fecha de recepción	Cantidad recibida	¿De dónde provino el dinero?

⑤ **¿Los niños con edad escolar de su familia todavía van a la escuela de manera regular?**
 Sí No **Si la respuesta es negativa**, llene a continuación.

¿Quién no va a la escuela o no asiste con regularidad?	Fecha en que dejó de asistir a la escuela

⑥ **¿Alguien de su familia se casó, tuvo un bebé, se mudó con usted o vivía con usted y se mudó a otra casa en los últimos 3 meses?**
 Sí No **Si la respuesta es afirmativa**, llene a continuación. (Si alguien está temporalmente fuera de la casa, indique cuándo volverá).

¿Quién?	¿Edad?	¿Cuál fue el cambio?	¿Cuándo ocurrió?

⑦ **¿Sabe de algo que haya cambiado o que se espera que cambie, como por ejemplo que alguien haya dejado o empezado un empleo o la escuela?** Infórmenos acerca de este o cualquier otro cambio.

Certifico que la información proporcionada es correcta. Comprendo que tengo que informarle al asistente social sobre cualquier cambio en la situación de mi familia que ocurra después de que entregue este formulario. Debo informar cualquier cambio en un plazo de 10 días calendario después de tener conocimiento de dicho cambio.

Su número de teléfono o un número al que se le pueda llamar.

 Firma: _____ Fecha _____ () - _____

➔ NO LLENE NI ENTREGUE EL FORMULARIO HASTA DESPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL MES DEL INFORME. ⬅

CÓMO CONSEGUIR UNA AUDIENCIA: Si no está satisfecho con su caso, tendrá derecho a solicitar una audiencia. Esta audiencia determinará si esta medida era correcta y le concederá los beneficios si era incorrecta. Primero, puede solicitar una audiencia ante un funcionario imparcial del departamento de servicios sociales del condado. Esta audiencia tendrá lugar en un plazo de 5 días calendario a partir de su solicitud, a menos que la posponga por causas justificadas durante 10 días o más. Luego, si no está satisfecho con esta decisión, podrá solicitar una segunda audiencia ante un funcionario imparcial de la División de Servicios Sociales. Para conseguir la audiencia, **usted debe solicitarla** en forma verbal o escrita al departamento de servicios sociales del condado.

CUÁNDO SOLICITAR UNA AUDIENCIA: Para solicitar una audiencia, usted tiene sesenta (60) días a partir de la fecha en que se le avise que la Asistencia Familiar se le reducirá o interrumpirá. Si no hace la solicitud antes de que finalice ese plazo, no podrá conseguir una audiencia. Si actualmente recibe Asistencia Familiar y solicita una audiencia antes de que se efectúe este cambio, podrá continuar recibiendo los beneficios al nivel actual hasta que se haya llevado a cabo la audiencia local. No obstante, si su audiencia demuestra que los cambios eran correctos, usted tendrá que devolver los beneficios que recibió mientras esperaba la decisión de la audiencia.

SU DERECHO A TENER REPRESENTACIÓN: En su audiencia, otra persona podrá hablar por usted, por ejemplo, un familiar o un abogado a quien usted le pague. En su comunidad puede haber servicios legales gratuitos. Para obtener más información, comuníquese con su asistente social o llame gratis al 1-800-662-7030.