

FORMULARIO DE INFORME PROVISIONAL DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

Nombre: _____ Número de Caso: _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Necesitamos la siguiente información para determinar si usted aún es elegible para asistencia alimentaria. Por favor complete este formulario y devuélvalo antes de _____. Si usted no completa y devuelve este formulario su caso de asistencia alimentaria se cerrará _____.

Utilice papel extra si necesita responder todas las preguntas.

Esta acción está basada en el Manual de Servicios Económicos y de Empleo de Kansas 9122 y 9372.

Si usted tiene preguntas, o necesita ayuda para completar este formulario de informe provisional, comuníquese con su oficina local del DCF o llame al 1-888-369-4777.

1. ¿Se ha mudado alguna persona a su grupo familiar o fuera de su grupo familiar desde que usted realizó por última vez un informe? No Sí
Si la respuesta es afirmativa, liste el nombre y la fecha de nacimiento y marque abajo si se mudó a o fuera de su hogar.

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>		
_____	_____	(marque una) Mudó A <input type="checkbox"/>	Mudó Fuera de <input type="checkbox"/>
_____	_____	(marque una) Mudó A <input type="checkbox"/>	Mudó Fuera de <input type="checkbox"/>
_____	_____	(marque una) Mudó A <input type="checkbox"/>	Mudó Fuera de <input type="checkbox"/>
_____	_____	(marque una) Mudó A <input type="checkbox"/>	Mudó Fuera de <input type="checkbox"/>
2. Para todas las personas en su hogar que trabajan, responda las siguientes preguntas:
 - a. ¿Ha alguna persona cambiado de empleador desde que usted realizó por última vez un informe? No Sí
Si la respuesta es sí, ingrese el nombre _____ i complete lo siguiente. Si la respuesta es negativa, vaya al punto b más abajo.
Nombre del Empleador _____ Número de Teléfono _____
Horas Trabajadas Por Semana _____ Pago por Hora o Sueldo _____
Día de la Semana en que se recibe el Pago _____ Frecuencia de Pago _____
Fecha del Primer Pago _____
Si alguien ha cambiado de empleador, por favor proporcione los talones de pago para los 30 días más recientes.
 - b. Si alguien está todavía con el mismo empleador, ¿ha habido un cambio en el pago por hora, salario, o condición de empleo a tiempo completo o medio tiempo desde que usted realizó por última vez un informe? No Sí Si la respuesta es sí, ingrese el nombre _____ i complete lo siguiente:
Horas Trabajadas Por Semana _____ Pago por Hora o Sueldo _____
Explique: _____

Si el ingreso ha cambiado, por favor proporcione los talones de pago para los 30 días más recientes.

3. ¿Ha alguna persona comenzado en un empleo desde que usted realizó por última vez un informe?
No Sí Si la respuesta es sí, ingrese el nombre _____
i complete lo siguiente:
Nombre del Empleador _____ Número de Teléfono _____
Horas Trabajadas por Semana _____ Pago por Hora o Sueldo _____
Día de la Semana en que se recibe el Pago _____ Frecuencia de Pago _____
Fecha del Primer Pago _____

Si el ingreso ha cambiado, por favor proporcione los talones de pago para los 30 días más recientes.

4. ¿Ha alguna persona abandonado un empleo desde que usted realizó por última vez un informe?
No Sí
Si la respuesta es afirmativa, explique: _____
5. Para todas las personas en su hogar que están recibiendo otros ingresos (manutención de niño, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), beneficios de la Administración de Veteranos (VA por sus siglas en inglés), de Desempleo, etc.) ¿se han modificado sus ingresos en más de \$50? No Sí
Si la respuesta es afirmativa, explique: _____
6. ¿El monto de dinero en efectivo, acciones, bonos o dinero en una cuenta bancaria o institución de ahorro han alcanzado o superado los \$ 2,250? No Sí
Si la respuesta es afirmativa, explique: _____
7. ¿Se ha mudado? No Sí
Si la respuesta es afirmativa, responda las siguientes preguntas.
a. Su nuevo domicilio: _____
b. Fecha en que se mudó: _____
c. Nombre, domicilio y teléfono del propietario: _____

d. Monto de alquiler/hipoteca: _____
e. Impuestos a la Propiedad no incluidos en la hipoteca (si fuera aplicable) _____
f. Impuestos para propietarios no incluidos en la hipoteca (si fuera aplicable) _____
g. ¿Paga usted por la calefacción o refrigeración en su nuevo domicilio? No Sí
8. Para todas las personas en su hogar que tengan la obligación legal de pagar manutención de niño, ¿ha habido algún cambio en la obligación legal de pagar manutención de niño (aumento o disminución en el monto ordenado por la corte)? No Sí
Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Si la respuesta es afirmativa, por favor proporcione comprobante de cambio en su obligación legal de pagar manutención de niño.

9. Liste cualquier otra información que usted desea que el DCF conozca: _____

10. Firma y Fecha:

ENTIENDO LAS PREGUNTAS EN ESTA FORMULARIO, Y CERTIFICO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR MÍ EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA Y COMPLETA A MI MEJOR SABER Y ENTENDER. También entiendo que cualquier cambio informado en este formulario puede resultar en una reducción o finalización de beneficios. También entiendo que si se me encuentra culpable de fraude podría no recibir asistencia alimentaria durante un año por la primer infracción, dos años por la segunda infracción, y en forma permanente por la tercera infracción.

FIRMA _____ FECHA _____
NÚMERO DE TELÉFONO DONDE USTED PUEDE SER LOCALIZADO _____