

FORMULARIO DE INFORME ANUAL

Nombre: _____

Número de
Caso: _____

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 complete y devuelve este formulario su caso de ASISTENCIA ALIMENTARIA se cerrará

_____.

USTED DEBE ADJUNTAR UN COMPROBANTE DE LOS INGRESOS GANADOS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS QUE HAYAN SIDO RECIBIDOS POR TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR.

Utilice papel extra si necesita, para responder cualquiera de las preguntas.

Esta acción está basada en el Manual de Sustento Económico y Laboral de Kansas Sección 9371.

Si usted tiene preguntas, o necesita ayuda para completar este formulario de informe, comuníquese con su trabajador en la oficina del DCF.

FORMULARIO DE INFORME ANUAL DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

1. ¿Se ha mudado alguna persona a su grupo familiar o fuera de su grupo familiar? No ____ Sí ____

De ser así, explique: _____

2. ¿Alguien de su grupo familiar se casó, se divorció o se separó? No ____ Sí ____

De ser así, explique: _____

3. ¿Alguien de su grupo familiar ha comenzado a recibir ingresos de una nueva fuente? No ____ Sí ____

De ser así, explique y adjunte el comprobante: _____

4. ¿Algún ingreso no ganado recibido por su grupo familiar se ha incrementado o disminuido en más de \$50 por mes? (Ejemplos de ingresos no ganados son el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), Seguro Social, Administración de Veteranos (VA), beneficios jubilatorios, etc.). No ____ Sí ____

De ser así, explique y adjunte el comprobante: _____

5. Liste cuánto paga usted cada mes por lo siguiente:

Alquiler/hipoteca:	\$ _____
Impuestos a la Propiedad (no incluidos en el pago de la hipoteca):	\$ _____
Seguro del propietario (no incluidos en el pago de la hipoteca):	\$ _____
Servicios públicos que usted paga en forma separada del alquiler/hipoteca:	\$ _____
Gastos Médicos (por favor explique en el espacio más abajo)	\$ _____

6. ¿Se ha mudado? No ____ Sí ____

De ser así, cuál es su nuevo domicilio postal y teléfono: _____

7. Si usted paga manutención de niño, ¿ha tenido algún cambio en la obligación legal a pagar manutención de niño? No ____ Sí ____ De ser así, explique:

8. Otra información que usted debe informar: _____

ENTIENDO LAS PREGUNTAS EN ESTA FORMULARIO, Y CERTIFICO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA POR MÍ EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA Y COMPLETA A MI MEJOR SABER Y ENTENDER.

FIRMA _____ FECHA _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____