

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE
División de Servicios Sociales

FORMULARIO DE INFORME DE CAMBIOS

Nombre:
Dirección:

Fecha: _____

Número de Caso: _____

Estimado(a):

Cambios que debe reportar:

1. Se requiere que reporte cambios en sus ingresos cuando estos excedan el límite máximo de ingresos brutos para el tamaño de su hogar de acuerdo al Programa de Servicios de Alimentos Nutrición. El tamaño de su hogar es _____. (Vea la tabla de ingresos en el reverso del formulario.) Llame al asistente social encargado de su caso si tiene preguntas o necesita ayuda.

Si los ingresos brutos totales de su hogar (ingresos antes que se resten impuestos y otras deducciones) exceden los límites que aparecen en la tabla usted debe informar de este cambio. Sume todas las fuentes de ingresos para obtener el monto total de ingresos mensuales (salarios, asistencia familiar Work First, manutención de menores, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), beneficios del seguro de desempleo (UIB), Seguro Social, Beneficios para veteranos, pagos por discapacidad, ingresos de nuevos miembros de la familia, etc.)

Cuando ocurran cambios en su ingreso, use la tabla en la parte posterior para ver si usted todavía califica para recibir los Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición. Si los ingresos mensuales totales calculados en la tabla son mayores al monto permitido de acuerdo al número de personas incluidas en su caso de Servicios de Alimentos y Nutrición, llame al trabajador de su caso a más tardar el día 10 del mes posterior en el cual su ingreso aumentó.

CUALQUIER cambio en la información proporcionada en su solicitud después de la entrevista (pero antes de que usted reciba un aviso sobre elegibilidad) debe ser informado a más tardar el día 10 del mes posterior en el que recibió el aviso de elegibilidad.

En este momento, usted no está obligado a informar cambios en el ingreso hasta su próxima recertificación.

2. Si su hogar incluye Adultos Aptos para Trabajar sin Dependientes (ABAWD), por el inglés (Able Bodied Adult Without Dependents), debe informar si las horas trabajadas por mes por la persona considerada como ABAWD se redujeron a menos de 80 horas por mes. Reporte la reducción de horas de trabajo a más tardar el día 10 del siguiente mes.

Informe los cambios llamando al _____. Si usted está imposibilitado de informar el cambio, alguien que conoce dicho cambio puede informarlo por usted.

NOTA: Al indicarnos cambios en su dirección, usted nos permitirá enviar cartas y/o avisos a la dirección correcta.

Si usted no dice la verdad acerca de los cambios en su hogar, puede ser que tenga que reembolsar los beneficios recibidos del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición. También puede ser descalificado como beneficiario del programa por 12 o 24 meses, o en forma permanente y puede ser multado, encarcelado, o recibir ambas penalidades.

Atentamente,

DSS-8550 SPANISH (Rev. 10/2019)

Servicios Económicos y Familiares – Economic and Family Services

Use esta tabla para determinar si los ingresos de su hogar son demasiados altos para que usted pueda continuar recibiendo beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición:

LÍMITES DE INGRESOS MÁXIMOS

Número de miembros del hogar:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
\$1354	\$1832	\$2311	\$2790	\$3269	\$3748	\$4227	\$4705	\$5184	\$5663

Nota: Si su hogar tiene más de diez (10), añada \$479 to \$5663 por cada uno de ellos.

Use este espacio de trabajo para calcular los ingresos provenientes de todas las fuentes (salarios - antes de impuestos y deducciones, asistencia familiar Work First (WFFA), manutención de menores, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), beneficios del seguro de desempleo (UIB), Seguro Social, Beneficios para veteranos, pagos por discapacidad, etc.)

TIPO DE INGRESO	1 ^{er.} MES	2 ^{do.} MES	3 ^{er.} MES	4 ^{to.} MES
Salarios	\$	\$	\$	\$
WFFA	\$	\$	\$	\$
Manutención de menores	\$	\$	\$	\$
SSI	\$	\$	\$	\$
UIB	\$	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$	\$
Otros	\$	\$	\$	\$
Total	\$	\$	\$	\$

COMPARE EL MONTO TOTAL DE INGRESOS MENSUALES DE SU HOGAR CON LOS LÍMITES DE INGRESOS DEL PROGRAMA. SI EL INGRESO TOTAL EXCEDE EL MONTO SEÑALADO PARA EL TAMAÑO DE HOGAR, LLAME AL ASISTENTE SOCIAL ENCARGADO DE SU CASO PARA HABLAR SOBRE EL CAMBIO. SI USTED NO ESTÁ SEGURO O TIENE PREGUNTAS, LLAME AL ASISTENTE SOCIAL ENCARGADO DE SU CASO PARA RECIBIR AYUDA. TAMBIÉN PUEDE CONTACTARSE CON EL CENTRO DE LLAMADAS EBT DE CAROLINA DEL NORTE AL 1-866-719-0141 SI NECESITA ASISTENCIA.

Entiendo las sanciones por ocultar información o proporcionar información falsa. Si intencionalmente usted no cumple con las regulaciones, pudiera perder permanentemente sus derechos a los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición, y pudiera ser multado hasta por \$250.000 y/o encarcelado. También pudiera ser inelegible para los beneficios por un periodo de hasta 18 meses si la corte lo ordena. También entiendo que tendré que pagar el valor de cualquier beneficio adicional que reciba y que puedo ser descalificado del programa si no informo sobre cambios en los ingresos de mi hogar. Estoy de acuerdo con comprobar cualquier cambio que informe si ustedes consultan sobre el mismo. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas según mi mejor saber y entender. Usaremos sus respuestas en esta forma para determinar si hay algún cambio en sus beneficios.

Todos los procedimientos de elegibilidad están basados en los reglamentos del programa. Los límites o requerimientos de otros programas no afectan sus beneficios de este programa. No se negarán beneficios a su grupo familiar debido a que se le negaron beneficios en otros programas. Antes de disminuir o finalizar sus beneficios le enviaremos un aviso que explicará el cambio. Si sus beneficios son incrementados, le enviaremos un aviso cuando hagamos el cambio. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted tiene derecho a una audiencia justa. Un funcionario de audiencias decidirá si usted tiene razón.

Entiendo que mi firma autoriza a los oficiales federales, estatales y locales a ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para verificar la información que yo he proporcionado.

Su firma:	Número telefónico:	Fecha de hoy:
------------------	--------------------	---------------

Servicios financiados por el programa de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)

Para recibir información sobre la Iniciativa de Prevención de Embarazos en Adolescentes, comuníquese con su Departamento de Salud local o llame al 1-800-662-7030. Para recibir información sobre el Programa Matrimonios Sanos (Healthy Marriages) comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales del Condado en su localidad.

Registro de Votantes (Se requiere que sea ciudadano)

Si usted no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría aplicar para registrarse para votar hoy? Sí No
SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, SE CONSIDERA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR AHORA.

Registrarse para votar en Carolina del Norte. Si se quiere registrar para votar o actualizar su registro puede hacerlo al visitar www.ncsbe.gov/nvra/01, o pida en el Departamento de Servicios Sociales local, o a su Trabajador del Caso una forma. **El registrarse o no, no afecta la cantidad de asistencia proporcionada por esta agencia.** Si necesita ayuda para llenar la forma de registro para votar podemos ayudarle. Le decisión de aceptar la ayuda para llenar la forma de registro para votar es suya. También puede llenar la forma de registro para votar en privado. Si usted cree que alguien interfirió para ejercer su derecho de registrarse a votar o no, o a su derecho de privacidad para decidir si se registra o no, o en su derecho de seleccionar el partido político de su preferencia, puede presentar una queja con **La Junta Estatal de Elecciones de Carolina del Norte**, PO Box 27255, Raleigh NC 27611-7255, o llamando al número gratuito 1-866-522-4723."