

## Change Report (Informe de Cambios)

Caso número:

Fecha:

Nombre del trabajador:

Teléfono del trabajador:

Dirección del trabajador:

Las siguientes preguntas son sobre los cambios que debe informar para Food Assistance (Asistencia Alimenticia).

### ¿Cómo informo un cambio?

Debe informar los cambios listados en este formato dentro de los 10 días siguientes a que tenga conocimiento de ellos. Para informarnos sobre un cambio:

- Diligencie este formulario.
- Envíe por correo o traiga el formato a la dirección anterior o llame al número indicado arriba. Aceptaremos llamadas por cobrar.
- Incluya pruebas de lo que está informando.

### ¿Qué cambios debo informar?

Cuéntenos sobre su cambio. **Sólo necesita diligenciar y regresarnos este formato, si ha tenido uno de los siguientes cambios.**

Si contestaría "Sí" a la pregunta, llene los espacios bajo ella para informarnos sobre su cambio. Si contestaría "No" a la pregunta, puede pasar a la siguiente.

#### **Miembros del hogar**

1. ¿Alguien ha entrado o se ha ido?

Nombre de la persona \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de entrada o salida \_\_\_\_\_

#### **Gastos**

2. ¿Se ha mudado?

Nueva dirección \_\_\_\_\_ Alquiler \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Hipoteca \_\_\_\_\_

Seguro \_\_\_\_\_ Impuestos sobre la propiedad \_\_\_\_\_

Servicios públicos \_\_\_\_\_

3. ¿Alguien en su hogar empezó a pagar la manutención de los niños ordenada por la corte o la suma de dicha manutención cambió?

Nombre de quien paga la manutención \_\_\_\_\_

Nombre de quien obtiene la manutención \_\_\_\_\_

Nombre del niño que se está manteniendo \_\_\_\_\_

Cantidad pagada mensualmente \_\_\_\_\_

**El dinero que recibe**

4. ¿Alguien ha empezado o ha dejado de recibir dinero?

Nombre de quien ha iniciado o ha dejado de recibir ingresos \_\_\_\_\_

Tipo de ingreso \_\_\_\_\_

Cantidad de ingresos mensuales o fecha de terminación del ingreso \_\_\_\_\_

5. ¿Los ingresos no salariales (como SSI, beneficios por desempleo, apoyo para los niños, o seguridad social) han cambiado en más de \$50 por mes?

Nombre de la persona a quien le ha cambiado el ingreso \_\_\_\_\_

Tipo de ingreso que cambió \_\_\_\_\_

Fecha de cambio del ingreso \_\_\_\_\_

Nueva cantidad de ingreso mensual \_\_\_\_\_

6. ¿Los ingresos salariales (por un trabajo o por trabajo independiente) cambiaron en más de \$100 /mes?

Nombre de la persona a quien le ha cambiado el ingreso \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Fecha de cambio del ingreso \_\_\_\_\_

Nueva cantidad de ingreso mensual \_\_\_\_\_

**Sólo para hogares sin hijos menores de 18 años**

7. ¿Las horas de trabajo de alguien entre los 18 y los 49 años son inferiores a 80 horas mensuales?

Nombre de la persona \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Mes con menos de 80 horas \_\_\_\_\_

## **Activos**

8. ¿Alguien compró un auto, camión, barco, campero, motocicleta u otro vehículo con licencia?

Marca \_\_\_\_\_  
Modelo \_\_\_\_\_  
Año \_\_\_\_\_

9. ¿Alguien abrió una nueva cuenta bancaria, o los montos en las cuentas existentes ha incrementado?

Monto total en todas las cuentas bancarias \_\_\_\_\_

## **¿Qué cambios puedo escoger informar?**

**No tiene que informar las respuestas a las siguientes preguntas.** Si lo hace, podría obtener más Food Assistance.

10. Si no se ha mudado, ¿su alquiler o hipoteca aumentaron?

Nuevo monto de alquiler o hipoteca \_\_\_\_\_  
Fecha en la que empezó a pagar la nueva cantidad \_\_\_\_\_

11. ¿Ha iniciado el pago de cuidado de niños o de personas dependientes, o sus costos han aumentado?

Monto del cuidado de niños o dependientes \_\_\_\_\_  
Fecha en la que empezó a pagar la nueva cantidad \_\_\_\_\_

## **¿Los cambios que informe continuarán?**

12. ¿Espera que los cambios que informó en este formato sean iguales para el mes siguiente?  Sí.  No

## **Reglas para el Programa de Food Assistance**

Siga estas reglas:

- **No** oculte o suministre información errada a propósito para obtener los beneficios de Food Assistance.
- **No** use los beneficios de Food Assistance para adquirir bienes diferentes de alimentos, como alcohol o tabaco.
- **No** comercie o venda los beneficios de Food Assistance.
- **No** use los beneficios de Food Assistance de otra persona para usted.

## **Sanciones del Programa de Food Assistance**

Cualquier persona que rompa las reglas anteriores:

- Puede no obtener los beneficios de Food Assistance por **1 año la primera vez, 2 años la segunda vez y para siempre la tercera vez;**
- Puede ser multado hasta con \$250,000 o ser encarcelado hasta por 20 años, o ambas cosas; y
- Puede ser excluido de Food Assistance por 18 meses adicionales si así lo determina la corte.

Si algún tribunal le encuentra culpable de comprar, vender o comerciar con más de \$500 en beneficios de Food Assistance, puede no volver a recibir estos beneficios nunca más.

Si algún tribunal le encuentra culpable de cambiar los beneficios de Food Assistance por armas, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.

Si algún tribunal le encuentra culpable de cambiar los beneficios de Food Assistance por sustancias controladas, perderá dichos beneficios por dos años la primera vez, y para siempre la segunda vez.

No recibirá Food Assistance por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener Food Assistance en más de un hogar a la vez. Esta sanción se aplica si ha suministrado información errada acerca de su identidad o su vivienda.

***El suministro de información errada a propósito, le podrá acarrear una acción legal contra usted, en lo penal o en lo civil. También podrá causar que reduzcamos sus beneficios o que le quitemos dinero.***

### **Tiene derecho a apelar**

Usted o la persona que le esté ayudando puede solicitar una audiencia en forma verbal o por escrito, en caso que usted no esté de acuerdo con alguna acción tomada en su caso. Puede ponerse en contacto con la oficina del DHS de su condado para investigar qué servicios legales tiene disponibles de acuerdo con su capacidad de pago. También puede llamar a Iowa Legal Aid al 1-800-532-1275. Si vive en Polk County, llame al 243-1193.

### **No será discriminado**

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU., esta institución no puede discriminar por raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (Voz) o (202) 720-6382 (TTY). USDA es un proveedor de oportunidades y empleador equitativo.

### **Su firma y entendimiento**

Entiendo lo que puede pasar si oculto o suministro información errada.

Accedo a suministrar pruebas de cualquier cambio que informe.

Los agentes federales, la oficina de Food Assistance, la unidad de Control de Calidad y otros agentes estatales pueden ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener pruebas sobre mi información.

Entiendo que mis gastos pueden ser usados para determinar cuánta Food Assistance debo recibir. Si no informo o doy pruebas de cualquier gasto, he escogido no reclamar sobre dichos gastos. Puedo informar y suministrar pruebas sobre los gastos más adelante. Si informo y doy pruebas de ellos más adelante, éstos serán usados únicamente para meses posteriores.

Entiendo que estos gastos pueden ser incluidos en el cálculo de mi beneficio por Food Assistance si informo y suministro pruebas sobre estos gastos.

Certifico, bajo la gravedad del juramento, que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender.

Firma / marca

Fecha del día de hoy