

Informe de cambio de diez días para FIP



Usted debe informarnos si algo cambia en su caso. Deberá informarnos en un plazo no mayor a diez días después del cambio. Si ha solicitado FIP, pero aún no hemos tomado una decisión sobre su solicitud, debe informarnos sobre sus cambios dentro de los cinco días posteriores al cambio. Si no nos informa los cambios, es posible que le demos demasiado o no suficiente FIP, o beneficios que no debería haber recibido. Si es así, tendrá que devolver lo que recibió por error. Complete este formulario solo cuando tenga un cambio.

Si tiene algún comprobante del cambio que ha informado, envíelo junto con este formulario. Esto podría acelerar el procesamiento del cambio informado.

Cuéntenos sobre usted

Nombre completo (Nombre, Apellido):	Número de caso o Ident. del estado:
Dirección, línea 1:	Últimos 4 dígitos del SSN (Número de Seguro Social):
Dirección, línea 2:	Fecha de nacimiento
Ciudad y Estado:	Teléfono:
Código postal:	Otro teléfono
Correo electrónico:	
¿Es esta una nueva dirección? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Dirección postal (si es diferente):	

Con quién vive

Cambios en los miembros del grupo familiar:

¿Se ha mudado alguien a la casa o de la casa (incluido un bebé recién nacido o el padre/la madre de un niño que vive en la casa)? Provea los detalles a continuación.

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
Nombre				
Fecha de la mudanza				
¿Se mudó a la casa o de la casa?	<input type="checkbox"/> A la casa <input type="checkbox"/> De la casa	<input type="checkbox"/> A la casa <input type="checkbox"/> De la casa	<input type="checkbox"/> A la casa <input type="checkbox"/> De la casa	<input type="checkbox"/> A la casa <input type="checkbox"/> De la casa
Fecha de nacimiento				
SSN (Número de seguro social)				
Relación				

Para las personas que se mudaron de la casa

¿Se espera que la persona que se mudó de la casa regrese?

	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es Sí, ¿cuándo se espera que regrese?				
Fecha de regreso				

Dinero que recibe su grupo familiar

Ingresos y cambios de trabajo

Si alguien en su grupo familiar consiguió un nuevo trabajo, terminó un trabajo o si uno de los nuevos miembros del grupo familiar que se mudaron a la casa tiene un trabajo, indique los detalles a continuación.

	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3	Trabajo 4
¿Quién?				
Nombre y dirección del empleador				
Fecha de inicio				
Tarifa de pago por hora				
Horas trabajadas por semana				
Propinas/bonos o comisiones por mes				
Fecha del primer sueldo				

Día de la semana pagada				
Frecuencia de pago				
Si alguien dejó de trabajar, indique los detalles a continuación.				
¿Quién?				
Nombre y dirección del empleador				
Fecha del último cheque de pago y monto bruto del último cheque de pago				
Última fecha trabajada				
Si alguien en su grupo familiar tuvo un cambio en las horas de trabajo o en el pago, indique los detalles a continuación.				
¿Quién?				
Nombre y dirección del empleador				
¿Qué cambió? ¿Tarifa de pago u horas trabajadas?				
Tarifa de pago por hora				
Horas trabajadas por semana				
Propinas/bonos o comisiones por mes				
Fecha del primer cheque de pago que refleja este cambio				

Otros cambios en los ingresos

(Alguien en mi hogar comenzará o dejará de recibir beneficios de desempleo, beneficios del Seguro Social, SSI, discapacidad, pensiones, manutención de menores o pensión alimenticia, regalos, préstamos, préstamos estudiantiles o subvenciones, etc.)

Tipo de ingreso	Persona que lo recibe	Cambio	Monto mensual
		<input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción	
		<input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción	
		<input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción	
		<input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción	

¿Alguien en su hogar está esperando recibir un pago único, como pagos retroactivos de manutención de menores, una herencia o un pago del seguro? Si la respuesta es Sí, explique:

Gastos del grupo familiar

Si alguien en su hogar tiene un cambio en los ingresos o las deducciones que paga, explique a continuación.

Alguien en mi casa:

	¿Quién paga?	¿Qué cantidad?	¿Con qué frecuencia?
Se le está facturando gastos escolares u honorarios de tutor			
Paga pensión alimenticia			
Paga manutención de menores ordenada por la corte			
Otros gastos Tipo: _____			

Activos y recursos

Debe informar cualquier cambio en los recursos (cuentas de cheque/ahorro, bonos, casa/terreno, vehículos/bote, seguro de vida, cuenta de jubilación, etcétera). Incluya información específica sobre la apertura, cierre, compra, venta o cambios en los recursos.

Tipo de activo	Propiedad de	Valor	Ubicación/Compañía

Información adicional:

Otros cambios

Alguien en mi grupo familiar:

Obtuvo un Número de Seguro Social

Explique

Que es menor de 18 años, se matriculó o dejó de estudiar

Explique

Cambió su estatus migratorio

Explique

Cualquier otro cambio que aún no se ha indicado

Explique

A mi mejor saber y forma, y mediante mi firma en esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio y falso testimonio que mis respuestas son correctas y completas, incluida la información provista sobre la ciudadanía y el estatus migratorio de cada miembro del grupo familiar que solicita beneficios. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si entrego información falsa o incorrecta.

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes de los Estados Unidos de América, que la información contenida en esta declaración de hechos es veraz, correcta y completa.

Firma

Fecha

Para informar su cambio por teléfono, llame al 1-877-347-5678 entre las 7 a. m. y las 6 p. m. de lunes a viernes.

Si se quiere registrar para votar, puede completar el formulario de registro de votante en https://hhs.iowa.gov/sites/default/files/Voter_Registration.pdf. Solicitar o rechazar registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que recibirá de esta agencia.

Para informar por correo postal, fax o correo electrónico, envíe el formulario a:
DHS, Income Maintenance Customer Service Center, Imaging Center 1 417 E Kanesville Blvd, Council Bluffs, IA 51503
FAX: 515-564-4041 Correo electrónico: IMCSC@dhs.state.ia.us

También debe reportar los cambios y las pruebas de esos cambios (p. ej., dirección, trabajo o su capacidad para trabajar) a su trabajador/a de PROMISE JOBS.