

Public Assistance Eligibility Report (Informe de Elegibilidad de Asistencia Pública)

Número del condado

Nombre del trabajador

Caso Número

Fecha límite

¿Por qué debo llenar este formulario?

Es hora de revisar su caso. Por favor llene este formulario y envíelo o tráigalo a la dirección indicada arriba antes de la fecha límite indicada. Esta información se usará para decidir si usted seguirá obteniendo Family Investment Program (FIP) (Programa de Inversión Familiar) o Refugee Cash Assistance (RCA) (Asistencia de Dinero en Efectivo para Refugiados). Si no lo hace, podremos suspender su asistencia.

¿Qué debo hacer con este formulario?

- Usted debe:
- Llenar este formulario.
 - Enviar prueba si la pregunta tiene **Enviar prueba**. Ejemplos de prueba del dinero que recibe pueden ser coetillas de cheques, registros de trabajador independiente o cartas de premios.
 - Firmar y fechar la página 3.
 - Enviar o traer el formulario y su prueba a la dirección anterior antes del _____.
 - Usar papel adicional, si lo necesita para sus respuestas.

¿Qué pasa si tengo preguntas?

Llame a su trabajador al _____. Aceptaremos llamadas por cobrar.

Miembros del hogar

Estas personas se benefician con usted o se cuentan para identificar sus beneficios.

Nombre	Identificación del Estado	Fecha de nacimiento	Nombre	Identificación del Estado	Fecha de nacimiento

Miembros del hogar (cont.)

1. ¿Alguien ha entrado o se ha mudado fuera? No Sí, liste a continuación
- Nombre de la persona _____
- Relación _____
- Fecha de nacimiento _____
- Número de Seguridad Social _____
- Fecha de ingreso a su hogar _____
- Fecha de mudanza fuera del hogar _____
2. ¿Se ha mudado? No Sí, liste a continuación
- Si ingresó al hogar, llene a continuación:
- Nueva dirección (calle, apto, ciudad, cod.post) _____
- Dirección de correspondencia (si es diferente) _____
- Número de teléfono _____
3. ¿Alguien en su hogar empezó a pagar la manutención de los niños ordenada por la corte o la suma de dicha manutención cambió? No Sí, liste a continuación **Enviar prueba**
- Cantidad pagada mensualmente _____

El dinero que recibe

4. ¿Alguien tuvo un trabajo o trabajó independiente en los últimos 30 días? No Sí, liste a continuación
- Envíe todos los talones de pago o prueba de su dinero recibido por trabajo durante los últimos 30 días. Si su ingreso empezó en los últimos 30 días, envíe prueba de la fecha del primer pago. Si su ingreso terminó en los últimos 30 días, envíe prueba de la fecha del último pago.**
- Nombre del trabajador _____
Nombre del empleador _____
 - Nombre del trabajador _____
Nombre del empleador _____
5. ¿Alguien tuvo ingresos como Seguridad Social, SSI, manutención infantil, beneficios de desempleo, jubilación, regales en efectivo, beneficios de veterano, u otros ingresos? No Sí, liste a continuación y **Enviar prueba**
- Nombre de la persona _____
Tipo de ingreso _____
 - Nombre de la persona _____
Tipo de ingreso _____

Recursos (Activos)

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

No Sí, liste a continuación

Marca _____

Modelo _____

Año _____

7. ¿Alguien abrió una nueva cuenta bancaria, o los montos en las cuentas existentes han aumentado?

No Sí, liste a continuación

Monto total en todas las cuentas bancarias _____

¿Otros cambios para reportar?

8. Por ejemplo, un cambio en la asistencia de un niño a la escuela, un divorcio o un matrimonio.

¿Los cambios que informe continuarán?

Después de responder esta pregunta, asegúrese de firmar y fechar a continuación.

9. ¿Espera que los cambios que informó en este formato sean iguales para el mes siguiente?

Sí No, liste el cambio que no será igual _____

Su firma y entendimiento

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

Accedo a suministrar pruebas de cualquier cambio que informe.

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.

Yo se que lo que reporte puede hacer que mis beneficios se reduzcan, aumenten o se suspendan.

Yo se que debo pagar los beneficios que reciba en forma incorrecta.

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

Para FIP o RCA, si ambos padres/cónyuges están en el hogar, ambos deben firmar. Si sólo hay un padre en el hogar, esa persona debe firmar a continuación para que este formulario sea válido.

Firma/marca	Fecha de hoy (mes, día, año)	Número de teléfono
Firma/marca del cónyuge u otro padre en el hogar	Fecha de hoy (mes, día, año)	Número de teléfono

Family Investment Program (FIP) o Refugee Cash Assistance

Sanción del programa FIP

Usted no recibirá FIP por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener FIP en más de un estado a la vez. Esta sanción se presenta si brinda información errada acerca de dónde vive.

Cosas que debe saber

Dentro de los 10 días siguientes a que el cambio ocurra, deberá informar a la oficina del DHS del condado acerca de cambios como:

- Ingreso, cuando empieza o cuando para
- Recursos, que incluyen la obtención de una herencia o pagos atrasados de apoyo infantil
- Cambio en la dirección de vivienda o postal
- Alguien que se entre a vivir o salga de su hogar
- Recibo de un número de Seguridad Social
- Cambio en la asistencia de un niño a la escuela

Cuando usted está en FIP, usted está registrado en el programa PROMISE JOBS. Usted se compromete a que todos los miembros de su hogar que deban cooperar con PROMISE JOBS lo harán. Habla con su trabajador si siente que tiene alguna razón para no cooperar.

Si escoge no tomar parte del PROMISE JOBS, se limitarán sus beneficios de FIP.

Mientras reciba FIP, usted renuncia sus derechos a manutención infantil. El Estado de Iowa conservará su manutención infantil para pagar el dinero que usted recibe del FIP.

Usted tiene derecho a apelar

Usted o la persona que le esté ayudando pueden pedir una audiencia de apelación por escrito si no están de acuerdo con cualquier acción que se tome con relación a su caso. Puede contactar a su oficina del condado de DHS para saber sobre servicios legales disponibles con base en su capacidad de pago. También puede llamar a Iowa Legal Aid al 1-800-532-1275. Si usted vive en Polk County, llame al 243-1193.

No será discriminado(a)

Política relativa a la discriminación, el acoso, la acción afirmativa y la oportunidad igualitaria de empleo.

Es política del Iowa Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos de Iowa) ofrecer trato igualitario en cuanto a empleo y ofrecimiento de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad, incapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Si usted considera que el DHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta quejándose a:

Iowa Department of Human Services, Administrator, Diversity Program Unit, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; teléfono (800) 972-2017; fax (515) 281-4243.