

Combined PAER/FAIR (PAER/FAIR Combinados)

(Reporte combinado de elegibilidad de asistencia pública/
Reporte interino de Asistencia Alimenticia)

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 beneficios de Refugee Cash Assistance (RCA) (Asistencia de Dinero en Efectivo para Refugiados) y beneficios de Food Assistance (Asistencia alimenticia). 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 coletillas de cheques, registros de trabajador independiente o cartas de premios.
 - Firmar y fechar la página 4.
 - 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 _____

Gastos

2. Si ingresó al hogar, llene a continuación:

Nueva dirección (calle, apto, ciudad, cod. post) _____

Dirección de correspondencia (si es diferente) _____

Número de teléfono _____

Liste su participación en:

Alquiler _____

Alquiler del lote _____

Hipoteca _____

Impuestos sobre la propiedad _____

Seguro de propietario de vivienda _____

Si se mudó, marque las casillas junto a los servicios públicos que usted paga:

Calefacción

Iluminación

Recolección de basura

Aire Acondicionado

Gas

Cobros adicionales de su arrendador

Teléfono

Agua y alcantarillado

Marque esta si los cobros adicionales incluyen calefacción o aire acondicionado

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

Cantidad pagada mensualmente _____

Enviar prueba

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 _____

¿Qué puedo escoger informar?

No tiene que reportar las respuestas a estas preguntas. Puede recibir más beneficios si las reporta.

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

Liste su porción de la renta o hipoteca _____

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

Enviar prueba

Señale la razón de la atención Trabajo Escuela Otra (explique) _____

Monto del cuidado de niños o dependientes _____

¿Otros cambios para reportar?

10. 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.

11. ¿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.

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 reciba. Entiendo que puedo hacer que estos gastos se incluyan en el cálculo de mis beneficios de Food Assistance reportándolos y dando prueba de ellos. Si no reporto o doy prueba de un gasto, habré elegido no reclamar dicho gasto. Puedo reportar y dar prueba del gasto posteriormente, y el gasto puede ser usado para meses futuros.

Yo se que lo que reporté 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 Food Assistance únicamente debe firmar una persona a continuación. 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 empiece 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.

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 intentar comprar 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, perderá sus beneficios para siempre.

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.

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

Brindar información errada a propósito puede resultar en que tomemos una acción legal en su contra, bien sea penal o civil. También puede significar que reduzcamos sus beneficios o que le cobremos dinero.

Usted tiene derecho a apelar

Usted o la persona que le esté ayudando pueden pedir una audiencia de apelación si no están de acuerdo con cualquier acción que se tome con relación a su caso. Para Food Assistance puede apelar por escrito o por teléfono. Para todos los otros programas debe apelar por escrito. 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.

(Food Assistance only) USDA - Director Office for Civil Rights, Rm 326-W Whitten Bldg, 1400 Independence Ave SW, Washington DC 20250-9410, o llamar al 1-800-795-3272 (Voz) o al (202) 720-5964 (TDD).