

## 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"/> SÍ <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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <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				
<b>Si alguien dejó de trabajar, indique los detalles a continuación.</b>				
¿Quién?				
Nombre y dirección del empleador				
Fecha del último cheque de pago y monto bruto del último cheque de pago				
Última fecha trabajada				
<b>Si alguien en su grupo familiar tuvo un cambio en las horas de trabajo o en el pago, indique los detalles a continuación.</b>				
¿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:

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.

Para informar por correo postal, fax o correo electrónico, envíe el formulario a:

DHS, Income Maintenance Customer Service Center, Imaging Center 1

417 E Kaneshville Blvd, Council Bluffs, IA, 51503

Fax: 877-238-0015

Correo electrónico: [IMCSC@dhs.state.ia.us](mailto: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.**