

**FORMULARIO DE INFORME
SEMIANUAL LEA ATENTAMENTE EL
FORMULARIO Y LAS INSTRUCCIONES**

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	SNAP	DIST	CSLD

Este formulario completado y firmado junto con las pruebas necesarias deben estar en la oficina de asistencia del condado el:

--

REPORTANDO POR

--

If you need this form in English, please contact your caseworker. You must complete, sign and return this form to your local county assistance office on or before the date indicated on this form. If not, your case may close. This includes your cash, medical assistance and SNAP benefits. (7 CFR 273.12 (a)(1)(vii) and 55 PA Code 133.23 (a)(1)(viii), 133.84(d), 140.401, 140.513(3), 201.1, 201.3).

Debemos revisar su elegibilidad para que pueda seguir recibiendo beneficios.

USTED DEBE:

- **Revisar y contestar las preguntas de este formulario (si necesita más espacio para contestar alguna de las preguntas, use una hoja de papel por separado y adjúntela a este formulario).**
- **POR FAVOR, SOLO USE TINTA AZUL O NEGRA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO.**
- **Firme la sección de certificación. Si no firma el formulario, se considerará incompleto.**
- **Envíe por correo el formulario completado con el sobre que se le ha proporcionado o envíelo por fax a la oficina de asistencia del condado con:**
 - **Pruebas de los ingresos de trabajo de todas las personas que viven en su casa.**
 - **Pruebas de algún cambio reportado en este formulario.**

Lea las instrucciones en la página A y si necesita ayuda o si tiene preguntas sobre las pruebas que se necesitan para verificar los cambios, llame a su trabajador social o al Centro de Servicio al Cliente.

Devuelva TODAS las páginas de este formulario en el sobre adjunto.
Si desea declarar que existe motivo suficiente, firme e incluya la página A.
Para la información de inscripción de votantes, vea la página C.

DHS USE ONLY			
COMPLETE	DATE		
<input type="checkbox"/>			
INCOMPLETE			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2V	<input type="checkbox"/> 3V
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4V	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5V
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8V		
<input type="checkbox"/> ALL			
<input type="checkbox"/> UNSIGNED			
AUTHORIZED			
WORKER			
CLERICAL			

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	SNAP	DIST	CSLD

BUENO	MALO
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Por favor, solo use tinta azul o negra para completar este formulario.

Rellene por completo el círculo con la palabra "Sí" o "No" cuando conteste.

PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA		Sí	No
1. ¿Alguna persona de su familia se mudó a su casa o fuera de su casa?		<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N

Estas personas son miembros de su familia que usted reportó anteriormente indicando que estaban en su casa.	
Nombre (apellido, primer nombre, iniciales del segundo nombre)	Fecha de nacimiento

--

Si contestó que "sí" a la pregunta 1 sobre los miembros de su familia, enumere a continuación quiénes son y su relación con usted:
--

--

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	SNAP	DIST	CSLD

BUENO	MALO
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Por favor, solo use tinta azul o negra para completar este formulario.

Rellene por completo el círculo con la palabra "Sí" o "No" cuando conteste.

INGRESOS LABORALESRO		Sí	No
2. ¿Algún miembro de su familia comenzó un nuevo trabajo, cambió de trabajo o dejó de trabajar?		<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N

Estas personas son miembros de su familia que usted reportó anteriormente indicando que estaban trabajando o dónde estaban trabajando.

Primer nombre	Dónde trabaja	Fecha cuando comenzó a trabajar

Si contestó que "sí" a la pregunta 2 sobre el ingreso laboral, enumere a continuación todo cambio, tal como fecha cuando comenzó el trabajo, fecha cuando terminó, fecha del primer pago y la frecuencia de pago. Brinde pruebas (recibos de pago, declaraciones del empleador, etc.)

--

3. Brinde pruebas (recibos de pago, declaraciones del empleador, etc.) de todo ingreso laboral que cualquier miembro de su familia recibió en el mes de:

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	SNAP	DIST	CSLD

BUENO	MALO
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Por favor, solo use tinta azul o negra para completar este formulario.

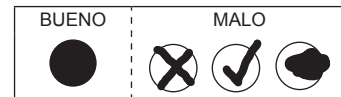
Rellene por completo el círculo con la palabra "Sí" o "No" cuando conteste.

INGRESOS DE OTRAS FUENTES		Sí	No
4. ¿Algún miembro de su familia dejó de recibir ingresos, comenzó a recibirlos o tuvo algún cambio en el monto?	➔	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N

Estas personas son miembros de su familia que usted reportó anteriormente indicando que tenían ingresos de otras fuentes aparte del trabajo o asistencia pública. (Ejemplos: manutención infantil, seguridad social, jubilación, etc.).

Primer nombre	Tipo de ingreso	Cantidad
Si contestó que "sí" a la pregunta 4 sobre el ingreso de otras fuentes, enumere todo cambio. Brinde pruebas (carta de otorgamiento, orden judicial de manutención, etc.).		

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	SNAP	DIST	CSLD



Por favor, solo use tinta azul o negra para completar este formulario.

Rellene por completo el círculo con la palabra "Sí" o "No" cuando conteste.

VIVIENDA Y SERVICIOS PÚBLICOS		Para la información de inscripción de votantes, vea la página C.	Sí	No
5. ¿La dirección que figura en este formulario es su dirección actual?		<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	

Si contestó que "no" a la pregunta 5 sobre su dirección actual, ¿cuál es su nueva dirección? Brinde pruebas (Ejemplos: Contrato de alquiler, declaración del arrendador, escritura, etc.).

CONTESTE SOLAMENTE SI RECIBE BENEFICIOS SNAP Y SE HA MUDADO.		Sí	No
Contestar estas preguntas puede ayudarle a recibir más beneficios SNAP.			
¿Paga por su propia calefacción y/o aire acondicionado?		<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N

Conteste solamente si recibe beneficios SNAP y se ha mudado.
¿Cuáles son sus gastos de vivienda (alquiler/hipoteca) y servicios públicos?

MANUTENCIÓN INFANTIL		Sí	No
6. ¿Algún miembro de su familia ha tenido algún cambio en la cantidad que se le solicita pagar?		<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N

Esta cantidad fue la última cantidad de manutención infantil reportada para los niños que no viven en su casa.

Si contestó que "sí" a la pregunta 6 sobre los pagos de manutención infantil, enumere todo cambio. Brinde una copia de la carta o la orden de manutención y la prueba de pago.

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	SNAP	DIST	CSLD

BUENO	MALO
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Por favor, solo use tinta azul o negra para completar este formulario.

Rellene por completo el círculo con la palabra "Sí" o "No" cuando conteste.

CUIDADO INFANTIL O A PERSONAS DEPENDIENTES	No tiene que contestar esta pregunta o dar pruebas. Contestar esta pregunta y dar pruebas podría ayudarlo a permanecer elegible o a recibir más beneficios.	Sí	No
7. ¿Hay algún cambio a la información enumerada a continuación?	➔	<input checked="" type="radio"/> S	<input type="radio"/> N

Esta es la información que usted reportó anteriormente sobre cuidado infantil o el cuidado a una persona discapacitada o enferma.

Cuidador	Pagado para	Cantidad

Si contestó que "sí" a la pregunta 7 sobre el cuidado infantil o a personas dependientes, enumere todo cambio. Brinde una copia del recibo o la declaración del cuidador.

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	SNAP	DIST	CSLD

BUENO	MALO		
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, solo use tinta azul o negra para completar este formulario.

Rellene por completo el círculo con la palabra "Sí" o "No" cuando conteste.

RECURSOS		Si este formulario tiene la finalidad de determinar la elegibilidad para recibir únicamente beneficios médicos, si está embarazada O si es menor de 21 años O vive con su hijo dependiente menor de 21 años, usted no tiene que contestar esta pregunta.		Sí	No
8. ¿Ha habido algún cambio a la información de recursos enumerada?	➔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	S	N
¿Algún miembro de su familia tiene recursos que no han sido enumerados?	➔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	S	N

Estas personas son miembros de su familia que usted reportó anteriormente indicando que tenían recursos incluidos automóviles (Ejemplos: cuentas bancarias, propiedades, etc.).				
Dueño	Tipo de recurso	Descripción de los recursos	Valor total	Cantidad adeudada

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	SNAP	DIST	CSLD

BUENO	MALO
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Por favor, solo use tinta azul o negra para completar este formulario.

Rellene por completo el círculo con la palabra "Sí" o "No" cuando conteste.

Si contestó que "sí" a alguna pregunta sobre los recursos, enumere todo cambio. Brinde pruebas (copia de estados bancarios, inscripción del vehículo, etc.).

CERTIFICACIÓN

Certifico a mi leal saber que la información presentada en este informe está completa y correcta. Acepto reportar cualquier cambio en mis circunstancias que pueda afectar mi elegibilidad o la cantidad de dinero en efectivo, los beneficios de Medicaid y/o SNAP. Comprendo que el incumplimiento voluntario de proporcionar información precisa o reportar cambios puede conllevar a la imposición de una multa, encarcelamiento o ambas cosas. Comprendo que los cambios de ingresos, circunstancias y/u otros factores que se reportan en este formulario pueden ocasionar que mi asistencia en efectivo, beneficios de Medicaid y/o SNAP aumenten, disminuyan o se detengan.

Firma del nombre del pago

Representante autorizado para SNAP

Fecha

Número de teléfono durante el día

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	SNAP	DIST	CSLD

INSTRUCCIONES

Las circunstancias en su familia exigen que usted reporte semestralmente (cada 6 meses). La información del formulario de reporte semestral se necesita para determinar la continuación de su elegibilidad para recibir dinero en efectivo, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), cobertura médica extendida y/o Medicaid. También se necesita calcular la cantidad de su dinero en efectivo mensual y/o beneficios SNAP. Debe proporcionarnos la información para el mes de reporte indicado en la página 1 del formulario. Se le solicita que brinde la información sobre cuidado infantil: el incumplimiento podría ocasionar menos beneficios o inelegibilidad.

Nota: Puede reportar los cambios en cualquier momento si el cambio podría aumentar sus beneficios (por ejemplo, si pierde su empleo o sus horas laborales disminuyen).

Al responder las preguntas, debe darnos información de todas las personas incluidos sus beneficios de dinero en efectivo, SNAP y/o Medicaid. Esto incluye a los padrastros y la información de patrocinadores de personas no ciudadanas de los EE.UU., incluso si el patrocinador no vive en su casa. Puede usar una hoja de papel por separado para explicar cualquiera de sus respuestas o para dar más información. Debe enviar la hoja de papel junto con el formulario.

Debe completar, firmar y devolver el formulario a la oficina de asistencia del condado en la fecha indicada en la página 1 del formulario. **POR FAVOR USE TINTA AZUL O NEGRA Y LLENE POR COMPLETO EL CÍRCULO CORRECTO CON SU RESPUESTA COMO SE INDICA EN CADA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO. SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES LE ASEGURA QUE SU FORMULARIO SE PROCESARÁ DE FORMA OPORTUNA.**

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO, LLAME A SU TRABAJADORA SOCIAL O CHANGE CENTER.

AVISO

- Si se envía el formulario después del plazo o si está incompleto, es posible que no reciba sus beneficios en dinero en efectivo y/o SNAP a tiempo.
- Si NO devuelve el formulario, se tomarán medidas para cerrar su caso. Estas medidas pueden incluir su asistencia en dinero en efectivo, SNAP, pago de cuidado infantil y/o Medicaid (55 Pa Code 133.84(d), 104.401, 140.513(3), 201.1, 201.3, 7 CFR 273.12(a)(1)(viii) and 273.7(d)(4)(i)).
- Si no está de acuerdo con la decisión de reducir o suspender sus beneficios, tiene el derecho de apelar. Se le enviará un aviso para informarle sobre cualquier propuesta de reducción o detención de sus beneficios.
- Si su caso se cierra, es posible que tenga que completar una nueva solicitud y que tenga que ser elegible para que se le restablezcan los beneficios.

MOTIVO SUFICIENTE

PUEDA DECLARAR "MOTIVO SUFICIENTE" si tiene una buena razón para no completar el formulario o no devolverlo a tiempo. Para declarar que posee "motivo suficiente" debe manifestar sus razones en el espacio a continuación, firmar sus declaración y devolver este formulario a la oficina de asistencia del condado lo más pronto posible, dentro del plazo de 30 días a partir de la fecha de vencimiento. También puede declarar que posee "motivo suficiente" de forma oral al contactar a su trabajadora social, pero también debe devolver este formulario a la oficina de asistencia del condado lo más pronto posible, dentro del plazo de 30 días a partir de la fecha de vencimiento.

ESTOY DECLARANDO QUE TENGO "MOTIVO SUFICIENTE" PORQUE:

FIRMA DEL CLIENTE:

FOR DHS USE ONLY:

Approved _____ Disapproved _____

- PÁGINA A -

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	SNAP	DIST	CSLD

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	SNAP	DIST	CSLD

Vuelva por favor esta pagina si usted desea registrarse para votar.

INSCRIPCIÓN DE ELECTORES

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy?



Sí

No

S

N

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Para inscribirse, usted debe:

- 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección;
- 2) ser ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN;
- 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de inscripción para votar, podemos ayudarlo. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar, o de rechazar la inscripción para votar; su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe, o para solicitar la inscripción para votar; o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA.)

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA

<input type="checkbox"/> Given to client ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Declined / Not Interested ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Sent to Voter Registration ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Not a U.S. Citizen ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Mailed to Client ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Declined, already registered ____ / ____ / ____

- PÁGINA C -

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	SNAP	DIST	CSLD