

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE**

**División de Servicios Sociales**

**FORMULARIO PARA REPORTAR CAMBIOS PARA EL INFORME SEMESTRAL DE HOGARES**

Número de caso

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estimado(a): \_\_\_\_\_

Se aplica una regla especial para reportar cambios porque su familia recibe ingresos. Si el ingreso total bruto de los miembros de su hogar para el programa de estampillas para alimentos (antes de que las deducciones e impuestos hayan sido deducidos) es superior a la cantidad indicada en el cuadro de abajo, usted debe reportar el cambio. Sume todas las fuentes de ingresos para obtener el monto total de ingresos mensuales (salarios, WWFA, sustento de menores, SSI, beneficios de desempleo (UIB), seguro social, beneficios de ex combatiente, ingresos de miembros nuevos al hogar, pagos por incapacidad, etc.)

Cuando usted tiene un cambio en ingresos, use el cuadro de abajo para ver si usted todavía es elegible para los beneficios de estampillas para alimentos. Si el ingreso total mensual de los miembros de su hogar para el programa de las estampillas para alimentos es más que la cantidad permitida para el número de personas incluidas en su caso de estampillas para alimentos, llame a su trabajador del caso para el décimo día del mes siguiente al mes en que los ingresos aumentaron.

Cualquier cambio en la información dada en su solicitud ocurrido después de la entrevista (pero antes de usted haber recibido la noticia de elegibilidad) debe de ser reportado para el 10 del mes siguiente al mes en el cual la noticia de elegibilidad es recibida

Reporte los cambios llamándonos al: \_\_\_\_\_. Alguien que conoce acerca del cambio puede reportarlo por usted si usted no puede hacerlo.

**LÍMITES MÁXIMOS DE INGRESO BRUTO:**

**Número de miembros de su hogar:**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>\$1127</b>	<b>\$1517</b>	<b>\$1907</b>	<b>\$2297</b>	<b>\$2687</b>	<b>\$3077</b>	<b>\$3467</b>	<b>\$3857</b>	<b>\$4247</b>	<b>\$4637</b>

Nota: Si hay más de diez (10) miembros de su hogar, añada \$390 a \$4637 por cada uno.

Usted sólo debe reportar cuando su ingreso es superior al límite máximo de ingreso bruto para estampillas para alimentos para el tamaño de su hogar. El tamaño de su hogar es \_\_\_\_\_. (Vea el espacio de trabajo al reverso del formulario). Llame a su trabajador del caso si tiene alguna pregunta o necesita asistencia.

Si usted reporta otros cambios que causarán que sus beneficios aumenten, su trabajador hará el cambio.

Si usted reporta otros cambios que causarán que sus beneficios disminuyan, su trabajador no hará el cambio hasta que termine su período de certificación.

Si usted no dice la verdad acerca de los cambios en su hogar, es probable que usted tenga que devolver los beneficios de estampillas para alimentos que usted recibe. Usted también podría ser descalificado para recibir estampillas para alimentos por 12 meses, 24 meses o permanentemente, y ser multado, encarcelado o ambos.

Atentamente, \_\_\_\_\_

Use este cuadro para determinar si el ingreso de su hogar es demasiado alto para que usted continúe recibiendo beneficios de estampillas para alimentos para el hogar:

**LÍMITES MÁXIMOS DE INGRESO:**

Número de miembros de su hogar:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
\$1127	\$1517	\$1907	\$2297	\$2687	\$3077	\$3467	\$3857	\$4247	\$4637

Nota: Si hay más de diez (10) miembros de su hogar, añada \$390 a \$4637 por cada uno.

Use este espacio de trabajo para sumar todos los ingresos de todas las fuentes (salarios – antes de impuestos y deducciones - asistencia familiar de *Work First* (WFFA), sustento de menores, SSI, beneficios de desempleo (UIB), seguro social, beneficios de ex combatiente, pagos por incapacidad, etc.).

TIPO DE INGRESO	1 <sup>er</sup> MES	2 <sup>o</sup> MES	3 <sup>er</sup> MES	4 <sup>o</sup> MES
Salarios	\$	\$	\$	\$
WFFA	\$	\$	\$	\$
Sustento de menores	\$	\$	\$	\$
SSI	\$	\$	\$	\$
UIB	\$	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$	\$
Otros Ingresos	\$	\$	\$	\$
<b>Total</b>	\$	\$	\$	\$

**COMPARE LA CANTIDAD DEL INGRESO TOTAL MENSUAL DE SU HOGAR PARA EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS CON LOS LÍMITES DE INGRESO PARA EL TAMAÑO DE SU HOGAR PARA ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS. SI EL TOTAL ESTÁ DENTRO DE \$200 DE LA CANTIDAD PARA ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS CORRESPONDIENTE AL TAMAÑO DE SU HOGAR, LLAME A SU TRABAJADOR DEL CASO PARA DISCUTIR EL CAMBIO. SI USTED NO ESTÁ SEGURO O TIENE PREGUNTAS, LLAME A SU TRABAJADOR DEL CASO PARA QUE LO AYUDE. USTED TAMBIÉN PUEDE CONTACTAR A LA LÍNEA DE AYUDA (CARELINE) AL 1-800-662-7030 SI USTED NECESITA ASISTENCIA.**

Yo entiendo la penalidad por ocultar o dar información falsa. Yo también entiendo que adeudaré el valor de cualquier beneficio extra de estampillas para alimentos que yo reciba y que podría ser descalificado si no reporto los cambios en los ingresos de los miembros de mi hogar que podrían causar la inelegibilidad. Estoy de acuerdo en verificar todos los cambios que yo reporte si usted lo pide. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas en mi mejor saber y entender.

Nosotros usaremos sus respuestas en este formulario para ver si los beneficios de su hogar cambiarán. Antes que nosotros disminuyamos o terminemos sus beneficios, le enviaremos a usted un aviso para explicarle lo que pasará. Si sus beneficios aumentan, le enviaremos un aviso cuando hagamos el cambio. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted puede tener una audiencia imparcial. Un funcionario de audiencias decidirá si usted tiene la razón.

Yo entiendo que mi firma autoriza a los funcionarios federales, estatales y locales a contactar a otras personas u organizaciones para verificar la información que yo he proporcionado.	
<b>Su firma:</b>	Número de teléfono: Fecha de hoy: