

CUANDO ENVÍE ESTE INFORME, ASEGÚRESE DE QUE **LA DIRECCIÓN DEL DISTRITO LOCAL IMPRESA AL REVERSO** APAREZCA EN LA VENTANILLA DEL SOBRE DE DEVOLUCIÓN.

LDSS-4310-SP (Rev.3/18)

INFORME PERIÓDICO

Debe rellenar este informe y enviarlo a la dirección indicada al reverso, a más tardar, para el [REDACTED] para continuar recibiendo los subsidios.

Este «Informe Periódico» nos asiste a recopilar información sobre todo cambio que se haya producido en su situación desde la última vez que se comunicó con la persona a cargo de su caso. Asegúrese de leer atentamente y seguir las instrucciones antes de rellenarlo. Es importante que lo rellene, lo firme y lo envíe a más tardar a la fecha de vencimiento indicada anteriormente. De lo contrario, se suspenderán los subsidios de Cuidado de Niños y/o del programa SNAP.

CASO A NOMBRE DE		NÚMERO DEL CASO
OFICINA	UNIDAD	TRABAJADOR(A) DE CASOS
Si tiene preguntas sobre cómo rellenar este informe, sírvase llamar al: [REDACTED]	Debemos recibir el informe rellenado completamente, a más tardar, para el [REDACTED]. Si no lo recibimos completamente rellenado para esa fecha, sus subsidios de Cuidado de Niños y/o subsidio SNAP se suspenderán. El no devolver este informe no afectará su cobertura de Medicaid.	

Instrucciones Generales

1. Debe **responder todas las preguntas** de este informe. Responda todas las preguntas por cada una de las personas que recibe (o por cada persona legalmente responsable de alguien que recibe) Cuidado de Niños, o subsidio SNAP.
2. Debe rellenarlo, firmarlo y enviarlo a la dirección indicada al reverso, a más tardar, para el [REDACTED], de lo contrario se reducirán o se suspenderán los subsidios que recibe de Cuidado de Niños o subsidio SNAP.

Recuerde: si usted también recibe Asistencia Temporal y Medicaid, deberá informar a la persona a cargo de su caso, de todo cambio que se dé en las circunstancias de su hogar dentro de los 10 días de haber ocurrido dicho cambio. Con relación al **subsidio SNAP, deberá informar dentro de los diez días de finalizado el mes si el total de sus ingresos brutos mensuales supera el límite de 130 % que se le otorgó. Si algún integrante de su grupo familiar beneficiario del subsidio SNAP es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes (“ABAWD”), él o ella DEBE informar al distrito si las horas de trabajo se reducen a menos de 80 horas cada mes, debe informarlo dentro de los diez días de finalizado dicho mes. La persona bajo la categoría de ABAWD puede solicitar del distrito de servicios sociales una actividad que cumpla con el requisito laboral que le pueda ayudar a él o a ella a cumplir con el requisito federal ABAWD. Si algún integrante de su grupo familiar beneficiario de SNAP es un ABAWD, él o ella debería informar si el grupo familiar de él o ella se ha mudado a una zona donde la exención federal ABAWD ha sido aprobada o si la persona ABAWD cree que él o ella debería ser exento(a) del requisito ABAWD. De lo contrario, no es necesario que informe cambios en ningún otro momento, aparte de este informe periódico o la revalidación, lo que ocurra primero. Debe comunicarse inmediatamente con la persona a cargo de su caso si se producen cambios que pudiesen afectar los subsidios que recibe del programa de **Cuidado de Niños**.**

PARA LA CIUDAD DE NUEVA YORK - ¡Nuevo! Ahora puede someter su Informe Periódico rápida y fácilmente en línea (en vez de enviarlo por correo).

Visite el sitio web: www.nyc.gov/accesshra

SECCIÓN 1: sírvase incluir **TODOS** los ingresos de **CADA** integrante de la unidad familiar. Si recibe solamente el subsidio SNAP, sólo tiene que indicar en esta sección el sueldo de cada integrante del grupo familiar que cuenta con un empleo.

(Ejemplos de ingresos: pagos por trabajo realizado, Seguro de Desempleo, beneficios del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI]).

Quién	Nombre del empleador u otra fuente de ingresos	¿Con qué frecuencia? (Por día, por semana, por quincena, por mes)	Cantidad total de horas trabajadas por semana

Envíe comprobantes de cada ingreso recibido por los integrantes del grupo familiar durante el mes entero de .

SECCIÓN 2: ¿Ha habido algún otro cambio (lea los casilleros a continuación) desde su último informe, o anticipa algún cambio?

No Sí **Si contestó «Sí», deberá marcar (✓) por lo menos uno de los casilleros a continuación.**

- Un adulto habilitado para trabajar integrante de su grupo familiar no trabajó / participó en actividades laborales por un mínimo de 80 horas cada mes. (Escriba el nombre de la persona y los meses en que dichos requisitos no se cumplieron).
- Su familia cambió de domicilio (escriba el nuevo domicilio a continuación).
- Un integrante se incorporó o se retiró del hogar (incluya el nombre de la persona, la fecha y el nuevo monto del alquiler).
- Su alquiler aumentó o disminuyó (incluya el nuevo monto del alquiler).
- Paga ahora por separado del alquiler por gastos de: Calefacción Aire acondicionado Otros servicios públicos (electricidad, gas para cocinar, agua, aguas negras, recolección de basura).
- Un integrante comenzó a trabajar o dejó de hacerlo (incluya quién, cuándo y dónde empezó o dejó de trabajar).
- Cambio en la cantidad de ingresos no devengados de un integrante del hogar.
- Sus gastos de cuidado de menores (lo que usted paga directamente y no el subsidio) han sido modificados o tiene nuevos gastos; o cambió de proveedor de servicios de cuidado de niños (escriba el nuevo monto y quién suministra el cuidado de niños).
- Fallecimiento o nacimiento de un integrante del grupo familiar (incluya el nombre y la fecha).
- Cambio en el monto de sustento de menores por orden judicial que paga un integrante de su grupo familiar (incluya el nombre de la persona que paga sustento).
- Cambio en las condiciones médicas que limita la capacidad para trabajar o el tipo de trabajo que pueda desempeñar un miembro de su grupo familiar. (Escriba el nombre de la persona y cuando ocurrió la condición médica).
- Otros cambios que afecten la habilitación para recibir subsidios (incluya nombre del integrante, tipo de cambio, fecha y comprobante, de tenerlo).

Incluya a continuación los detalles de los cambios reportados y envíe comprobantes, si los tiene:

CERTIFICACIÓN: entiendo que la información proporcionada en este informe puede originar cambios en mis beneficios, incluyendo la reducción en el monto de Asistencia Temporal, subsidio SNAP, Cuidado de Niños o el cierre de mi caso. Debo informar dentro de los diez días de finalizado el mes si el total de mis ingresos brutos mensuales supera el límite establecido de 130 %. Estoy en conocimiento de que las leyes federales y del Estado disponen multas o penas de prisión, o ambas, para toda persona que de forma fraudulenta intente obtener o recibir sin derecho alguno prestaciones de Asistencia Temporal, Medicaid, Cuidado de Niños o subsidio SNAP. Los datos contenidos en este informe pueden afectar mi habilitación para recibir Medicaid.

Tengo conocimiento de que debo informarle a la persona a cargo de mi caso de todo cambio que se produzca con relación a mi caso de Asistencia Temporal y Medicaid dentro de los 10 días de ocurrir el cambio.

Entiendo que debo comunicarme inmediatamente con la persona a cargo de mi caso si se producen cambios que modifiquen mis subsidios de cuidado de niños. También entiendo que si utilizo los servicios de un proveedor de cuidado de menores que no cuente con licencia o no esté inscripto, dicho proveedor deberá cumplir con determinados requisitos para poder recibir pagos.

Con respecto a mi caso de subsidio SNAP, debo informar cambios en el informe periódico y en la revalidación, lo que ocurra primero. También puedo informar cambios en cualquier otro momento. Si algún integrante de su hogar beneficiario del subsidio SNAP es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes ("ABAWD"), yo debo informar si esa persona trabajó menos de 80 horas al mes dentro de los diez días de finalizado dicho mes.

IMPORTANTE- DEBE FIRMAR Y REGRESAR ESTE INFORME, SI MARCÓ «SÍ» A LA PREGUNTA SOBRE CAMBIOS EN LA SECCIÓN 2, ASEGÚRESE DE MARCAR (✓) LA CASILLA CORRESPONDIENTE SEGÚN EL CAMBIO Y DE PROPORCIONAR DETALLES. SI ESTE INFORME NO ESTÁ COMPLETO, LE ENVIAREMOS UN AVISO DE SUSPENSIÓN DE SUBSIDIOS.

Su firma:	Fecha	Número de teléfono (durante el día)
-----------	-------	-------------------------------------

Rellenar y enviar en el sobre adjunto

Cuando devuelva este informe, verifique que esta dirección quede a la vista en la ventanilla del sobre de devolución

