

	Denominación del proceso:
	# de Identificación (ID) del proceso:
	Trabajador:

Nota: Por favor diligencia y entregue este formulario en caso de algún cambio en las condiciones de su núcleo familiar.

Entiendo perfectamente mi responsabilidad de informar todos los cambios que puedan afectar mi condición de idoneidad para el Programa de Asistencia para la Infancia, o del valor del pago de la agencia, dentro de los 10 días siguientes al conocimiento de los mismos por mi parte. El incumplimiento del informe oportuno de los cambios puede traer como consecuencia una demanda legal por parte de la agencia. Entiendo perfectamente que estoy obligado a informar el caso eventual de que el proveedor que atiende a mi hijo(a) comience a vivir con nosotros, o hayamos decidido compartir la misma dirección postal.

Dentro de los 10 días siguientes a cualquier cambio debo entregar la siguiente información:

- Cambio en la dirección de vivienda del núcleo familiar
- Cualesquier cambios en la composición de mi núcleo familiar [p.ej., retiro del hogar del niño que recibe los beneficios de atención para la infancia, o que ya no esté al cuidado del proveedor de atención para la infancia, etc.).
- El proveedor de mi hijo de asistencia para la infancia se muda conmigo o yo me mudo con él, o comenzamos a compartir la misma dirección postal (exceptuando un apartado postal).
- Intensidad horaria por día que ha cambiado la concurrencia de mi(s) hijo(s) al programa de asistencia para la infancia.
- Cambio de proveedores de servicios de asistencia para la infancia.
- Agregue o cambie los designados del núcleo familiar
- Cambios en la entrada mensual que causen un exceso del 85% del ingreso de mi núcleo familiar, sobre el máximo permitido por el programa CCAP para el ingreso bruto promedio.
- Un cambio en los términos o la terminación del contrato de trabajo, de capacitación o educación, para cada miembro adulto del núcleo familiar.

Por este medio informo los siguientes cambios (marque todos los que sean pertinentes):

- 1. Ya no requiero apoyo del programa de asistencia para la infancia.
- 2. Mi núcleo familiar ha mudado de residencia.

Fecha de mudanza:	Número de teléfono:	
Nueva dirección postal:	Dirección de la nueva residencia:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:

- 3. La composición de mi núcleo familiar ha cambiado.

Ingrese la información necesaria por cada persona que haya ingresado (incluidos recién nacidos) o retirado del hogar.

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social (opcional)	Ingreso/retiro	Fecha de mudanza	Atención requerida
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Nota: Los números del seguro social no son necesarios para la determinación de idoneidad al programa de asistencia para la infancia, y esta condición no puede ser rechazada por la ausencia de tal información. En caso de entregarse, los números del seguro social pueden utilizarse para verificar el ingreso y la necesidad de asistencia social, o para el levantamiento de información colectiva o estadística.

4. Mi núcleo familiar comparte la misma dirección postal o de residencia con el proveedor de servicios de atención para mi hijo(a).

Fecha del cambio:
Nueva dirección postal:
Dirección de la nueva residencia:
Número de teléfono:

5. La intensidad horaria o la cantidad de días que mi(s) hijo(s) asisten al programa de atención para la infancia ha cambiado.

El/los niño(s) que ha(n) tenido un cambio en la asistencia al centro de atención es(son):				
Nombre del niño (apellidos, nombre)	Fecha de nacimiento	Intensidad horaria total por semana	Días durante cada semana	Fecha del cambio
			<input type="radio"/> Lun. <input type="radio"/> Mar. <input type="radio"/> Miérc. <input type="radio"/> Juev. <input type="radio"/> Vier.	
			<input type="radio"/> Lun. <input type="radio"/> Mar. <input type="radio"/> Miérc. <input type="radio"/> Juev. <input type="radio"/> Vier.	
			<input type="radio"/> Lun. <input type="radio"/> Mar. <input type="radio"/> Miérc. <input type="radio"/> Juev. <input type="radio"/> Vier.	
			<input type="radio"/> Lun. <input type="radio"/> Mar. <input type="radio"/> Miérc. <input type="radio"/> Juev. <input type="radio"/> Vier.	

6. Mi hijo(a) requiere atención en verano a partir de: Fecha de comienzo: _____ Fecha de terminación: _____
7. He cambiado los proveedores de atención para la infancia de mi hijo(a).
8. Prefiero permanecer con mi proveedor actual, a partir de: _____

Niño(s) asignados a un proveedor nuevo o actual:						
Nombre del niño (apellidos, nombre)	Fecha de nacimiento	Información de contacto del proveedor	Tipo de atención [uno por cada niño(a)]	Intensidad horaria total por semana	Días durante cada semana	Fecha cambiada:
		Nombre: _____ Dirección: _____ # de teléfono: _____ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Proveedor #: _____	<input type="radio"/> Doméstico <input type="radio"/> Sede del proveedor <input type="radio"/> Centro de clase A <input type="radio"/> Otro		<input type="radio"/> Lun. <input type="radio"/> Mar. <input type="radio"/> Miérc. <input type="radio"/> Juev. <input type="radio"/> Vier.	
		Nombre: _____ Dirección: _____ # de teléfono: _____ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Proveedor #: _____	<input type="radio"/> Doméstico <input type="radio"/> Sede del proveedor <input type="radio"/> Centro de clase A <input type="radio"/> Otro		<input type="radio"/> Lun. <input type="radio"/> Mar. <input type="radio"/> Miérc. <input type="radio"/> Juev. <input type="radio"/> Vier.	
		Nombre: _____ Dirección: _____ # de teléfono: _____ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Proveedor #: _____	<input type="radio"/> Doméstico <input type="radio"/> Sede del proveedor <input type="radio"/> Centro de clase A <input type="radio"/> Otro		<input type="radio"/> Lun. <input type="radio"/> Mar. <input type="radio"/> Miérc. <input type="radio"/> Juev. <input type="radio"/> Vier.	
		Nombre: _____ Dirección: _____ # de teléfono: _____ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Proveedor #: _____	<input type="radio"/> Doméstico <input type="radio"/> Sede del proveedor <input type="radio"/> Centro de clase A <input type="radio"/> Otro		<input type="radio"/> Lun. <input type="radio"/> Mar. <input type="radio"/> Miérc. <input type="radio"/> Juev. <input type="radio"/> Vier.	

9. Agregar/cambiar el/los designado(s) de mi núcleo familiar

Nombre del designado del núcleo familiar	Fecha de nacimiento	Dirección de residencia del designado del núcleo familiar:	Agregar/cambiar (encierra en un círculo a continuación)	Relación del conductor del núcleo familiar (HD en inglés) con la persona cabeza de hogar
			<input type="radio"/> Agregar <input type="radio"/> Cambiar	
			<input type="radio"/> Agregar <input type="radio"/> Cambiar	
			<input type="radio"/> Agregar <input type="radio"/> Cambiar	
			<input type="radio"/> Agregar <input type="radio"/> Cambiar	

10. Uno de los miembros de mi núcleo familiar ha dejado de trabajar o de asistir al programa educacional o de capacitación (se debe anexar carta de despido)

Persona que ha dejado de trabajar o de asistir a clases:

Último día de trabajo o de asistencia a clases de capacitación:

11. Un miembro de mi núcleo familiar ha cambiado de trabajo, comenzó uno nuevo, o ha tenido un cambio en el ingreso salarial (se debe anexar comprobación de empleo o el/los formulario(s) que acrediten el nuevo sueldo).

Personas con cambio en el empleo o en los ingresos:

Persona empleada	Nombre y dirección del empleador	Intensidad horaria por semana	Ingresos brutos mensuales	Periodicidad del pago	Fecha del cambio

12. El ingreso total de mi núcleo familiar ha excedido los valores que aparecen en la tabla a continuación, teniendo en cuenta su tamaño.

2 PERSONAS	3 PERSONAS	4 PERSONAS	5 PERSONAS	6 PERSONAS	7 PERSONAS	8 PERSONAS	9 PERSONAS
\$2.403	\$2.684	\$3.257	\$3.778	\$4.299	\$4.397	\$4.495	\$4.592

13. Un miembro de mi núcleo familiar ha comenzado a recibir, dejó de recibir, o tuvo un cambio en la cantidad de uno de los siguientes tipos de ingreso no salarial: apoyo para la infancia, pensión alimenticia, subsidios por desempleo, seguro social complementario (SSI en inglés), seguro social, subsidios para veteranos, pensión de jubilación, subsidios por discapacidad o por adopción (se debe anexar documentación de soporte).

Persona que recibe (o recibió ingresos)	Tipo de ingreso	Dejó de recibir	Comenzó o continúa recibiendo	Cantidad recibida	Fecha de vigencia de la recepción

14. Otros (explique):

Entiendo perfectamente que los pagos que recibe mi hijo por concepto del programa Asistencia para la Infancia pueden tener ajustes, debido al, o a los, cambio(s) en mi condición mencionados anteriormente: Entiendo perfectamente que recibiré aviso por escrito de parte de la agencia DCFS si el/los cambio(s) afectan mi condición de idoneidad, o el pago de la cantidad aprobada por el programa Asistencia para la Infancia.

Firma:	Fecha:
Dirección:	# teléfono de casa o del trabajo: