

FORMULARIO PARA CAMBIOS DE INGRESOS

Cambios de ingresos de miembros actuales del hogar

PROVEA ORIGINALES Y ACTUAL DOCUMENTACIÓN (si está disponible) PARA VERIFICAR LOS CAMBIOS QUE ESTÁ COMUNICANDO!

Los participantes del programa de la Autoridad de Viviendas están obligados a comunicar todos los cambios en 14 días después del cambio. Por favor use este formulario para comunicar cualquier CAMBIO DE INGRESOS de los miembros actuales del hogar. Por favor provea originales y actual documentación de los cambios que está reportando. Esto puede acelerar el procesamiento de su ajuste. Ya que esta requerido a proveer documentos originales, puede que desee conservar una copia para sus propios registros.

Persona principal _____ N° de ident. _____ N° de _____
de la familia: del inquilino teléfono

Por favor complete una copia separada de este formulario por cada miembro del hogar que tiene un cambio en los ingresos. También, proporcione originales y actual documentación (si está disponible) para verificar el cambio que está reportando. Falta de proporcionar documentación original actual retrasará el proceso de su pedido.

1. Nombre del miembro del hogar con cambio de ingresos: _____ Número de Seguro Social: _____

2. Tipo de Ingreso que Cambio:

<input type="checkbox"/> Disminución de Ingreso	<input type="checkbox"/> Aumento de Ingreso
<input type="checkbox"/> Menos dinero / horas en el empleo actual <input type="checkbox"/> Pérdida del empleo / despido <input type="checkbox"/> Pérdida / disminución de ayuda pública / beneficios <input type="checkbox"/> Otra disminución (Explique) _____	<input type="checkbox"/> Más dinero / horas en el empleo actual <input type="checkbox"/> Nuevo empleo (proporcione la fecha de contratación en el artículo 4 abajo) <input type="checkbox"/> Nuevo / aumento de ayuda pública / beneficios <input type="checkbox"/> Otro aumento (Explique) _____

3. Cantidad de la disminución o Aumento \$ _____ Por hora Semanalmente Mensualmente Anualmente Otro: _____

4. Fecha de Vigencia del Cambio de Ingreso (mes / día / año): _____

5. Duración del Cambio de Ingreso: Continua / Indefinida El Cambio de Ingreso terminará el: _____

* * * * **NO SE OLVIDE DE FIRMAR LA PAGINA 2 DE ESTE FORMULARIO** * * * *

6. **Nombre / Dirección/ Teléfono donde puede verificarse la información:** _____

7. **¿Qué ingreso nuevo o suplementario solicitará o recibirá como resultado del cambio que está reportando?** (Si solicitará o recibirá cualquier ingreso adicional, por favor complete la sección sobre aumentos para los miembros actuales del hogar)

No es pertinente, yo no voy a solicitar o recibir cualquier otro ingreso como resultado del cambio que estoy reportando.

Beneficios de Seguro de Desempleo (UIB)

Seguro Social (SS) / Ingreso suplementario (SSI)

Seguro por Incapacidad del *Employment Development Department* (Incapacidad)

Welfare or Cash Aid (Bienestar social)

Contribuciones regulares de una persona fuera del hogar

Otro: _____

Fecha de solicitud: _____

Fecha en que espera recibir: _____

8. **Recuerde de proveer originales y actual documentación de los cambios que marco arriba.**

NOTAS – POR FAVOR PROVEA CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL CAMBIO REPORTADO

Debido al volumen de cambios reportados puede llevar mucho tiempo procesar su cambio. Una vez que toda la información haya sido recibida y verificada, la Autoridad de Viviendas determinará si su ayuda de vivienda cambiará o no. En algunos casos, los aumentos o disminuciones pueden ser retroactivos debido a un retraso en la comunicación o en el procesamiento. Se le notificará por escrito el detalle de los resultados de su Examinación Interina tan pronto haya sido completada. Si usted tiene un aumento en los ingresos de su hogar, espere pagar un aumento de aproximadamente 30% del aumento de sus ingresos.

Por la presente juro y atestiguo que la información aquí mencionada es verdadera, completa y correcta y que no han habido otros cambios en la composición de mi familia ni en los ingresos.

ADVERTENCIA – LA SECCIÓN 1001 DEL TÍTULO 18 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS ESTABLECE QUE CUALQUIER PERSONA SERÁ CULPABLE DE FELONÍA AL HACER, A SABIENDAS Y VOLUNTARIAMENTE, DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

x

Nombre de la persona principal de la familia en letra de imprenta

Firma

Fecha