

Revisión Intermedia De Certificación Mid-Certification Review

Para seguir recibiendo beneficios, usted debe completar su revisión intermedia de certificación vía correo, entrega del documento, o vía telefónica.

Para Efectivo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conteste todas las preguntas. ▪ Entregue comprobantes de sus ingresos. ▪ Entregue comprobantes de todos los cambios; y ▪ Firme y devuelva este formulario de revisión. 	Para Apoyo para Familias Trabajadoras: <ul style="list-style-type: none"> ▪ No necesita responder las preguntas 3, 4, 5 ni 12. ▪ Debe entregar comprobantes de sus ingresos y horas trabajadas. 	Para Alimentos Básicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ No necesita responder las preguntas 3, 4, 5 ni 12. ▪ Si recibe sólo Alimentos Básicos, no se requiere que entregue comprobantes de sus ingresos para esta revisión. Sin embargo, puede entregar comprobantes de disminuciones en sus ingresos para un posible aumento de beneficios. ▪ Firme y devuelva este formulario de revisión. 				
1. Nombre, Dirección Actual, e Información De Contacto						
PRIMER NOMBRE		APELLIDOS	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE			
DIRECCIÓN DEL LUGAR DONDE VIVE		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJE		NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJE				
2. Personas Mudándose A/De Su Casa						
¿Alguien se está mudando a/de su casa? <input type="checkbox"/> Sí (díganos más a continuación) <input type="checkbox"/> No						
NOMBRE	PARENTESCO CON USTED	FECHA EN LA QUE SE MUDARON A SU CASA	¿DESEA BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA?	FECHA EN LA QUE SE MUDARON DE SU CASA		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. Embarazo (No Necesario Para La Asistencia Alimenticia)						
¿Alguien ha tenido un cambio de embarazo en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí (díganos más a continuación) <input type="checkbox"/> No						
NOMBRE		FECHA DE PARTO ESTIMADA	FECHA DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO			
4. Recursos En Efectivo (No Necesario Para La Asistencia Alimenticia)						
¿Las personas en su familia tienen recursos en efectivo? <input type="checkbox"/> Sí (díganos más a continuación) <input type="checkbox"/> No						
PROPIETARIO	CUENTA CORRIENTE	AHORROS	ACCIONES	BONOS		
	\$	\$	\$	\$		
	\$	\$	\$	\$		
5. Vehículos (No Necesarios Para La Asistencia Alimenticia)						
¿Alguien adquirió un vehículo en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí (díganos más a continuación) <input type="checkbox"/> No						
PROPIETARIO	HECHO POR (EJEMPLO: FORD, DODGE)	MODELO (EJEMPLO: FOC US, NEON)	AÑO DEL MODELO (EJEMPLO: 1998, 2004)	VALOR ACTUAL	MONTO ADEUDADO	¿ES ESTE UN VEHÍCULO ALQUILADO?
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. Nuevos Ingresos/ Ingresos Que Han Dejado De Ser Recibidos						
¿Alguien comenzó o dejó de obtener ingresos en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí (díganos más a continuación) <input type="checkbox"/> No (EJEMPLO: NUEVO EMPLEO/DESEMPLEO COMPENSACIÓN/SEGURO SOCIAL/BENEFICIOS L&I/MANUTENCIÓN DE NIÑOS)						
NOMBRE DE LA PERSONA CON INGRESOS		EMPLEADOR U OTRA FUENTE DE INGRESO	¿SE COMENZÓ O SE DEJÓ DE GENERAR INGRESOS?	FECHA EN QUE SE COMENZÓ A GENERAR INGRESOS	FECHA EN QUE DEJÓ DE GENERAR INGRESOS	
			<input type="checkbox"/> Comienzo <input type="checkbox"/> Fin			



7. Ganancias por lotería o apuestas

¿Alguien ganó \$3,750 o más en la lotería o apuestas en los últimos seis meses?

Sí (denos más detalles a continuación) No

NOMBRE DEL GANADOR	ORIGEN DE LA GANANCIA	MONTO DE LA GANANCIA (ANTES DE IMPUESTOS)	FECHA DE RECEPCIÓN

8. Ganancias/Ingresos Por Empleo Independiente

NOMBRE DE LA PERSONA QUE APORTA EL INGRESO	EMPLEADOR Y PERSONA A CONTACTAR QUE PUEDA VERIFICAR SU INGRESO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	TASA DE PAGO (EJEMPLO:\$10 POR HORA/ \$1,200 POR MES/ \$2 POR CELEMÍN)	HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA	DÍAS PAGADOS (EJEMPLO: LOS 10 Y 25/CADA DOS VIERNES, CADA JUEVES/ DIARIO)
			\$ por		
			\$ por		

¿Si usted o alguien más en su casa es un adulto sano sin dependientes y recibe asistencia alimenticia, han disminuido las horas de trabajo a menos de 20 horas por semana? Sí No

9. Manutención Para Niños Que Usted Está Legalmente Obligado A Pagar

¿Alguien tuvo un cambio en su orden de manutención para niños? Sí (díganos más a continuación) No

PERSONA QUE ESTÁ LEGALMENTE OBLIGADA A PAGAR MANUTENCIÓN PARA NIÑOS	NOMBRE DEL NIÑO CUBIERTO EN LA ORDEN DE MANUTENCIÓN	MONTO MENSUAL DE LA ORDEN DE MANUTENCIÓN DEL NIÑO	MONTO DE MANUTENCIÓN QUE PAGAN POR MES
		\$	\$

10. Ingreso de otras fuentes

NOMBRE DE LA PERSONA QUE APORTA EL INGRESO	FUENTES DE INGRESO (EJEMPLO:SEGURO SOCIAL/MANUTENCIÓN PARA NIÑOS/BENEFICIOS L&I/COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO)	CON CUANTA FRECUENCIA ES RECIBIDO (EJEMPLO:SEMANAL/MENSUAL)	CANTIDAD RECIBIDA A CADA MES
			\$
			\$

11. Alquiler /Hipoteca/ Impuestos y Honorarios Obligatorios

ENUMERE LAS CANTIDADES MENSUALES DE LOS SIGUIENTES GASTOS	ENUMERE LAS CANTIDADES ANUALES DE LOS SIGUIENTES GASTOS SI NO ESTÁN INCLUIDOS EN SU HIPOTECA O ALQUILER
Hipoteca/alquiler: \$ _____ ¿Alguna parte de su hipoteca/alquiler es pagada por alguna otra persona o agencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuánto pagan ellos: \$ _____ Cuánto paga usted: \$ _____ Alquiler de espacio \$ _____ Pagos requeridos de alquiler: \$ _____	Impuestos sobre inmuebles \$ _____ Seguro de propietario \$ _____ Pago de asociación/condominio: \$ _____

12. Costos De Servicios Públicos

¿Qué servicios paga en su hogar de manera independiente de la renta o hipoteca?

Calefacción (Eléctrica/Gas) Electricidad (No calefacción) Agua Teléfono de casa o celular
 Drenaje Basura

Recibí un pago de la Ley de Asistencia para Energía Doméstica para Bajos Ingresos (por sus siglas en ingles, "LIHEAA") en los últimos 12 meses.



13. Registro para votar

El Departamento ofrece servicios de registro para votar según lo requiere la Ley Nacional de Registro para Votar de 1992. Solicitar el registro o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios ni el monto de los beneficios que usted puede recibir de esta agencia. Si desea ayuda para llenar el formulario de registro para votar, le ayudaremos. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es de usted. Puede llenar el formulario de registro para votar en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o de negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o con su solicitud de registrarse para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Washington State Elections Office, PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

¿Desea registrarse para votar o actualizar su registro para votar? Sí No

14. Firma y Fecha

Al firmar este formulario declaro que la información que doy en este documento es verídica, correcta y completa a mi leal saber y entender. Sé que la información que doy en este formulario puede detener o reducir mis beneficios. Sé que es un crimen recibir incorrectamente beneficios de efectivo, o de alimentos, haciendo una declaración falsa a propósito o incumpliendo en informar algo que yo sé que debería informar. Comprendo que si brindo información, que sé que es incorrecta, podría ser procesado penalmente. Comprendo que las penas por romper intencionalmente las reglas de la asistencia alimenticia incluyen descalificación, multas o encarcelación. Comprendo que si no proporciono prueba de cambios en mis ingresos que aumentarían mi beneficio por efectivo o ayuda alimenticia, los cambios no serán utilizados para determinar mis beneficios.

FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

