



CCDF/OMW INFORME DE CAMBIO

Formulario estatal 57271 (R / 5-24)
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS FAMILIARES Y SOCIALES

INSTRUCCIONES: De no informarse la necesidad de cambios en el servicio en un plazo de DIEZ (10) días calendario, los servicios podrán darse por terminados, y a usted se le exigirá que devuelva los fondos al Estado de Indiana. Debe informar cuando ya no tenga empleo, esté inscripto en la escuela/programa de formación o cuando deje de participar en el programa IMPACT, así como ante todo cambio en su situación familiar, de domicilio o en la información de contacto.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del padre/madre (<i>impreso</i>)	
Fecha de nacimiento (<i>día, mes, año</i>)	Número de teléfono
Firma	Fecha (<i>día, mes, año</i>)

SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

Mi trabajo/formación finalizó el _____ (*día, mes, año*). Marque una de las siguientes:

No tengo una actividad nueva y me gustaría solicitar cuidados de transición (*puede que se le solicite documentación adicional*).

Inicié una actividad nueva el _____ (*día, mes, año*) en _____ (*lugar*)

Mis ingresos han disminuido, y me gustaría solicitar una reducción del copago. (*Proporcione documentación de los ingresos de los últimos treinta días [30], incluidos salarios, manutención infantil y cualquier otro ingreso del grupo familiar*).

Adopté a un niño bajo régimen de acogida _____ (*nombre del niño*) el _____ (*día, mes, año*)

Cierren mi caso. No necesito asistencia para cuidado infantil desde el _____ (*día, mes, año*).

Hay un nuevo miembro en mi grupo familiar. Si se trata de un recién nacido, ¿cuáles son las fechas de la licencia por maternidad? _____
Nombre de la persona: _____ Fecha de nacimiento (*día, mes, año*) _____
(Incluya la identificación de los adultos o el certificado de nacimiento de los niños). _____

Relación conmigo: _____ ¿Esta persona necesita cuidado infantil? Sí No

Si se incorpora otro solicitante en el hogar, ¿qué servicio necesita? Trabajo Escuela Búsqueda laboral
(Envíe un recibo de sueldo o cronograma de clase)

Un familiar se fue del hogar el _____ (*día, mes, año*) Nombre: _____
Mi turno laboral ha cambiado. Mi horario de salida más temprano es: _____ Hora de último retiro: _____

Me mudé. Mi nueva información de contacto es (*calle y número, número de depto./lote, ciudad, estado, código postal, condado, dirección de correo electrónico y número de teléfono*):

Otros cambios:

