



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner




James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #04-116-OPE

REVISIONS TO THE PERIODIC REPORT (LDSS-4310) AND THE FOLLOW-UP TO THE PERIODIC REPORT (LDSS-4310A)

Date: June 30, 2004	Subtopic(s): Public Assistance, Food Stamps, Medicaid
<p>  This procedure can now be accessed on the FIAweb. </p> <p>Revisions made</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that the Periodic Report (LDSS-4310) and the Follow-up to the Periodic Report (LDSS-4310A) have been revised.</p> <p>Food Stamp (FS) households reporting earned income with seven months or more remaining on their FS certification period will receive the state-issued LDSS-4310 in the fifth month of that certification. This report is used to record any changes to the household's income.</p> <p>If the LDSS-4310 is not returned by the "Report Due Date" or is returned "addressee unknown" or returned unopened for another reason, the Follow-up to the Periodic Report (LDSS-4310A) is sent to the participant.</p> <p>Previously, because of specific case identifying information that was required by New York City (NYC) only, a separate version of the LDSS-4310A was created for NYC. This information has now been incorporated into the new statewide version of the LDSS-4310A and as a result the NYC version of this form (LDSS-4310A [NYC]) is obsolete.</p> <p>In addition to the above, the following changes were made:</p> <p>Revisions Made to LDSS-4310</p> <ul style="list-style-type: none"> • The revision date was changed to 2/04. • The paragraph directly below the "Case Address" section at the top of the form was changed to read:

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call (718) 557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

“This “Periodic Report” helps us to gather information about any changes you may have had since the last time you were in contact with your eligibility worker. Please make sure to read and follow all the instructions before filling out this Periodic Report. It is important for you to complete, sign and return this Periodic Report by the due date listed above. Failure to do so may result in your benefits being discontinued.”

On the reverse:

- The revision date was changed to 2/04.
- The second sentence in “Section 1” heading was changed to read:

“If you are only receiving food stamp benefits, you only have to list earnings here for each household member who works.”

- A new fifth bullet was added to “Section 2.” It reads:

“Someone had a change in the amount of their unearned income.”

Revisions Made to **LDSS-4310A**

- The revision date was changed to 2/04.
- In order to accommodate a Statewide version of this form, the case identifying information headings at the top of the page have been changed as follows:

CASE NAME	CASE NUMBER	OFFICE/UNIT NUMBER
WORKER'S NUMBER	WORKER NAME (CASELOAD)	

- In Section 1, a second sentence was added to the Section 1 heading; it reads:

“If you are only receiving food stamp benefits, you only have to list earnings here for each household member who works.”
- On the reverse, in Section 2, a new fifth bullet was added. It reads:

“Someone had a change in the amount of their unearned income.”

Pending Revisions to the **LDSS-4310** and **LDSS-4310A**

Changes not reflected on the **LDSS-4310** and **LDSS-4310A**

The word “Medicaid” will be removed from both the General Instructions, numbers (1) and (3) and from the first sentence in the Certification on both the **LDSS-4310** and **LDSS-4310A** in the next revision of these forms. Until then, when manually issuing these forms, the word “Medicaid” must be deleted as indicated.

Distribution of Forms

The system-generated **LDSS-4310** was implemented in April 2004. In those limited circumstances where there is a need for a manual English or Spanish **LDSS-4310**, the respective follow-up form (**LDSS-4310A**) must be used.

The revised **LDSS-4310A** will be delivered to NYC/HRA warehouses in June 2004. Supplies of this form will be sent based on previous ordering practices.

Upon receipt of the revised forms, Center Directors must ensure that prior versions of the **LDSS-4310A NYC** are recycled.

Effective Immediately

Reference:

04-INF-13 NYS OTDA Informational Letter

Attachments:

LDSS-4310	Periodic Report
LDSS-4310-SP	Periodic Report (Spanish)
LDSS-4310A	Follow-up to the Periodic Report (Rev. 2/04)
LDSS-4310A-SP	Follow-up to the Periodic Report (Spanish) (Rev. 2/04)
LDSS-4310A NYC	Follow-up to the Periodic Report (Obsolete)
LDSS-4310A-S NYC	Follow-up to the Periodic Report (Spanish) (Obsolete)

Forms can now be accessed through Print on Demand at all Job Centers.

LDSS

Periodic Report

**ADDRESS
CITY, STATE ZIP**

You must fill out this Report and return it to the address listed on the back by REPORT DUE DATE to continue getting benefits.

WHEN YOU RETURN THIS REPORT, MAKE SURE THAT THE **LOCAL DISTRICT ADDRESS ON THE BACK** OF THIS REPORT SHOWS IN THE RETURN ENVELOPE WINDOW.

**CASE NAME
ADDRESS
CITY, STATE ZIP**

This "Periodic Report" helps us to gather information about any changes you may have had since the last time you were in contact with your eligibility worker. Please make sure to read and follow all the instructions before filling out this "Periodic Report". It is important for you to complete, sign and return this "Periodic Report" by the due date listed above. Failure to do so may result in your benefits being discontinued.

CASE NAME CASE NAME		CASE NUMBER CASE NUMBER
OFFICE OFFICE	UNIT UNIT	WORKER WORKER
If you have any questions on how to fill out this Report, call: () PHONE NUMBER		We must get your completed Report by REPORT DUE DATE . If we don't get the completed Report by this date, your benefits will stop.

General Instructions

1. You must **answer all questions** on this Report. Answer all questions on this Report for everyone who is getting, or anyone who is legally responsible for someone getting, Temporary Assistance, Child Care, Medicaid and/or Food Stamp Benefits.
2. Do **not** sign this Report any sooner than **SIGNATURE DATE**. If you do, this report is not considered complete.
3. You must complete this Report and return it to the address on the back of this report by **REPORT DUE DATE**, or your Temporary Assistance, Medicaid, Child Care or Food Stamp Benefits may be reduced or closed.

Reminder: For **Temporary Assistance and Medicaid**, you must report any changes to your worker within 10 days. For **Food Stamp Benefits**, you must report within ten days after the end of the month if your total monthly gross income exceeds the 130% limit you have been given. Otherwise, you do not need to report changes at any time other than on this Periodic Report or at Recertification, whichever occurs first. You must contact your worker immediately if any changes occur that affect your **Child Care**.

SECTION 1: Please list ALL income for EACH household member. If you are only receiving food stamp benefits, you only have to list earnings here for each household member who works.

(Examples of income include earnings from a job, Unemployment Insurance, Social Security Benefits, Supplemental Security Income [SSI])

Who	Name of Employer or Other Source of Income	How Often? (Daily, Weekly, Bi-Weekly, Monthly)	Total # of Hours Worked Per Week REPORT MONTH

Send in proof of all income that any household member got during the entire month of **REPORT MONTH**.

IF CAP INDICATOR IS PRESENT, THE FOLLOWING SENTENCE WILL REPLACE THE SENTENCE ABOVE:

Since you participate in the Child Assistance Program (CAP), send proof of earnings, other income, and child care costs for 1ST Month of Report Qtr, 2ND Month of Report Qtr, and 3RD Month of Report Qtr.

SECTION 2: Have there been any other changes (read boxes below) since your last Report, or do you expect any changes?

No or Yes **If Yes, you must check (✓) at least one of the boxes below.**

- Your household moved (Write the new address below.)
- Someone moved into or out of your household (Write who moved and when and new amount of rent.)
- Your rent went up or down (Write new rent amount.)
- Someone started or left work (Write who, when, and where they started or left work.)
- Someone had a change in the amount of their unearned income.
- Your child care costs or child care provider changed (Write new amount and who provides the child care.)
- Your need for child care has changed due to a change in your work schedule or other reason. (Explain what has changed)
- A change in contribution or subsidy (Write what the contribution is and new amount.)
- Someone is pregnant (Write who and expected delivery date, if known.)
- Death or Birth of someone in the household (Write who and when.)
- Change in legally obligated child support paid by a member of your household (Write who in your household pays the support.)
- Other changes that may affect benefits (Write who, what, and when change occurred and give proof, if possible.)

Write the details of your change(s) here, and if you have proof send it in:

CERTIFICATION: I understand that the information I provide on this report may result in changes in my assistance, including reducing the amount of my Temporary Assistance Benefits, Food Stamp Benefits, Child Care Benefits, and Medicaid or closing my case. I am aware that Federal and State Law provide for fine and/or imprisonment of any person who fraudulently attempts to receive, or fraudulently receives Temporary Assistance, Medicaid, Child Care or Food Stamp Benefits to which the person is not entitled.

I understand that I must contact my worker to report any changes that occur for my Temporary Assistance case within 10 days.

I understand that I must contact my worker immediately if any changes occur that affects my child care. I also understand that if I use a child care provider who is not licensed or registered, my provider must meet certain requirements in order to be paid.

For my Food Stamp Benefits case, I must report changes on the Periodic Report and at Recertification, whichever occurs first. I may also report changes at any other time.

IMPORTANT- YOU MUST SIGN AND DATE THIS FORM NO SOONER THAN SIGNATURE DATE. IF YOU CHECKED "YES" TO ANY CHANGES IN SECTION 2, MAKE SURE YOU CHECKED (✓) THE BOX(ES) AND GAVE MORE DETAIL. IF THIS REPORT IS NOT COMPLETE, WE WILL SEND YOU A DISCONTINUANCE NOTICE.

Your Signature:	Date:	Telephone Number (daytime)
-----------------	-------	----------------------------

Fill Out & Return In The Envelope Provided

When you return this Report, make sure you can see this address in the return envelope window →

**LDSS
OFF/UNIT/WKR
ADDRESS
ADDRESS
CITY, STATE ZIP**

LDSS**INFORME PERIÓDICO****ADDRESS****CITY, STATE ZIP**

Debe completar este Informe y enviarlo a la dirección mencionada en el reverso a más tardar el **REPORT DUE DATE** para continuar recibiendo beneficios.

CUANDO ENVÍE ESTE INFORME, ASEGÚRESE DE QUE **EL DOMICILIO DEL DISTRITO LOCAL EN EL REVERSO** DE ESTE INFORME APAREZCA EN LA VENTANA DEL SOBRE DE DEVOLUCIÓN.

CASE NAME**ADDRESS****CITY, STATE ZIP**

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 cumplir todas las instrucciones antes de completar este "Informe periódico". Es importante que usted complete, firme y envíe este informe a más tardar en la fecha de vencimiento mencionada más arriba. De lo contrario, se suspenderán los beneficios.

CASO A NOMBRE DE CASE NAME		NÚMERO DEL CASO CASE NUMBER
OFICINA OFFICE	UNIDAD UNIT	TRABAJADOR(A) DE CASOS WORKER
Si tiene preguntas sobre cómo completar este Informe, sírvase llamar al: () PHONE NUMBER	Debemos recibir su Informe completo a más tardar el REPORT DUE DATE Si no recibimos el Informe completo para esta fecha, sus beneficios se suspenderán.	

Instrucciones generales

1. Debe **responder todas las preguntas** de este Informe. Responda todas las preguntas de este Informe por cada una de las personas que recibe o por las personas legalmente responsables de los que reciben Asistencia Temporal, Cuidado de Menores, Medicaid y/o Beneficios de Cupones para Alimentos.
2. **No firme** este Informe antes del **SIGNATURE DATE**. Si lo hace, no se considerara que el informe esté completo.
3. Debe completar este Informe y enviarlo a la dirección mencionada en el reverso del mismo a más tardar el **REPORT DUE DATE**. En caso contrario, se podrán reducir o suspender sus Beneficios de Asistencia Temporal, Medicaid, Cuidado de Menores o Cupones para Alimentos.

Recuerde: Para **Asistencia Temporal y Medicaid**, deberá informar los cambios a su trabajador(a) de casos en el término de 10 días. Con relación a los **beneficios de Cupones para Alimentos**, 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. En caso contrario, no es necesario que informe cambios en ningún otro momento más que al completar el Informe periódico o al momento de la recertificación, lo que ocurra primero. Debe comunicarse inmediatamente con su trabajador(a) de casos si se producen cambios que modifiquen sus beneficios de **Cuidado de Menores**.

SECCIÓN 1: Sírvase incluir TODOS los ingresos de CADA integrante de la unidad familiar. Si recibe solamente beneficios de cupones para alimentos, sólo tiene que indicar en esta sección las ganancias para cada integrante de la familia que trabaja.

(Los ingresos incluyen, por ejemplo: ingresos por empleo, 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 REPORT MONTH

Envíe comprobantes de cada ingreso recibido por los integrantes del hogar durante todo el mes del Informe mensual.

If CAP INDICATOR IS PRESENT, THE FOLLOWING SENTENCE WILL REPLACE THE SENTENCE ABOVE:

Dado que usted participa en el Programa de Asistencia de Menores (CAP), envíe comprobante de ganancias, ingresos adicionales y costos por cuidado de menores del 1ST Month of Report Qtr, 2ND Month of Report Qtr, and 3RD Month of Report Qtr.

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.**

- Su familia cambió de domicilio (escriba la nueva dirección 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).
- Alguna persona empezó 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 algún integrante del hogar.
- Cambió en los costos de cuidado de menores o del proveedor (incluya el nuevo monto y el proveedor de cuidado de menores).
- Se modificó su necesidad de cuidado de menores debido a un cambio en su horario de trabajo o por otra razón. (Explique el cambio).
- Un cambio en la contribución o subsidio (incluya el tipo de contribución y nuevo monto).
- Hay una mujer embarazada (incluya el nombre y la fecha prevista del nacimiento, si se conoce).
- Fallecimiento o nacimiento de un integrante del hogar (incluya el nombre y la fecha).
- Cambio en el monto de manutención infantil que paga un integrante de su hogar (incluya el nombre de la persona que paga manutención).
- Otros cambios que afecten el recibo de beneficios (incluya nombre del integrante, tipo de cambio, fecha y comprobante, si es posible).

Incluya a continuación los detalles del cambio(s) 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, Cupones para Alimentos, Cuidado de Menores y Medicaid, o el cierre de mi caso. Estoy en conocimiento de que las leyes federales y del estado disponen multas y/o penas de prisión para las personas que, en forma fraudulenta, intentan obtener o recibir sin tener derecho, beneficios de Asistencia Temporal, Medicaid, Cuidado de Menores o Cupones para Alimentos.

Tengo conocimiento de que debo informarle a mi trabajador(a) de todo cambio que se produzca con relación a mi caso de Asistencia Temporal dentro de los 10 días de ocurrir el cambio.

Entiendo que debo comunicarme inmediatamente con mi trabajador(a) de casos si se producen cambios que modifiquen mis beneficios de cuidado de menores. 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 beneficios de Cupones para Alimentos, debo informar cambios en el Informe periódico y en la Recertificación, lo que ocurra primero. También puedo informar cambios en cualquier otro momento.

IMPORTANTE- DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO NO ANTES DEL SIGNATURE DATE. SI MARCÓ "SÍ" A LA PREGUNTA SOBRE CAMBIOS EN LA SECCION 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 BENEFICIOS.

Su firma:	Fecha:	Número telefónico (durante el día):
-----------	--------	-------------------------------------

Completar y enviar en el sobre adjunto
 Cuando devuelva este Informe, verifique que este domicilio quede a la vista en la ventana del sobre →

**LDSS
 OFF/UNIT/WKR
 ADDRESS
 ADDRESS
 CITY, STATE ZIP**

FOLLOW-UP TO THE PERIODIC REPORT

CASE NAME	CASE NUMBER	OFFICE/ UNIT NUMBER
WORKER NUMBER	WORKER NAME (CASELOAD)	
If you have any questions on how to fill out this Report, call:	We must get your completed Report by _____. If we don't get the completed Report by this date, your benefits will stop.	

General Instructions

1. You must **answer all questions** on this Report. Answer all questions on this Report for everyone who is getting, **or** anyone who is legally responsible for someone getting, Temporary Assistance, Child Care, Medicaid and/or Food Stamps Benefits.
2. Do **not** sign this Report any sooner than _____. If you do, this report is not considered complete.
3. You must complete this Report and return it to the address on the front of the enclosed notice by _____, or your Temporary Assistance, Medicaid, Child Care or Food Stamp Benefits may be reduced or closed.

Reminder: For **Temporary Assistance and Medicaid**, you must report any changes to your worker within 10 days. For **Food Stamp Benefits**, you must report within ten days after the end of the month if your total monthly gross income exceeds the 130% limit you have been given. Otherwise, you do not need to report changes at any time other than on this Periodic Report or at Recertification, whichever occurs first. You must contact your worker immediately if any changes occur that affect your **Child Care**.

SECTION 1: Please list ALL income for EACH household member. If you are only receiving food stamp benefits, you only have to list earnings here for each household member who works.

(Examples of income include earnings from a job, Unemployment Insurance, Social Security Benefits, Supplemental Security Income [SSI])

Who	Name of Employer or Other Source of Income	How Often? (Daily, Weekly, Bi-Weekly Monthly,)	Total # of Hours Worked Per Week "Report Month"

Send in proof of all income that any household member got during the entire month of _____ . (Report Month)

Child Assistance Program (CAP) cases must send in proof of earnings, other income, and child care costs for the months of _____, _____, and _____. (Report Quarter)

SECTION 2: Have there been any other changes (read boxes below) since your last Report, or do you expect any changes?

No or Yes **If Yes, you must check (✓) at least one of the boxes below.**

- Your household moved (Write the new address below.)
- Someone moved into or out of your household (Write who moved and when and new amount of rent.)
- Your rent went up or down (Write new rent amount.)
- Someone started or left work (Write who, when, and where they started or left work.)
- Someone had a change in the amount of their unearned income.
- Your child care costs or child care provider changed (Write new amount and who provides the child care.)
- Your need for child care has changed due to a change in your work schedule or other reason. (Explain what has changed)
- A change in contribution or subsidy (Write what the contribution is and new amount.)
- Someone is pregnant (Write who and expected delivery date, if known.)
- Death or Birth of someone in the household (Write who and when.)
- Change in legally obligated child support paid by a member of your household (Write who in your household pays the support.)
- Other changes that may affect benefits (Write who, what, and when change occurred and give proof, if possible.)

Write the details of your change(s) here, and if you have proof send it in:

CERTIFICATION: I understand that the information I provide on this report may result in changes in my assistance, including reducing the amount of my Temporary Assistance Benefits, Food Stamp Benefits, Child Care Benefits, and Medicaid or closing my case. I am aware that Federal and State Law provide for fine and/or imprisonment of any person who fraudulently attempts to receive, or fraudulently receives Temporary Assistance, Medicaid, Child Care or Food Stamp Benefits to which the person is not entitled.

I understand that I must contact my worker to report any changes that occur for my Temporary Assistance case within 10 days.

I understand that I must contact my worker immediately if any changes occur that affects my child care. I also understand that if I use a child care provider who is not licensed or registered, my provider must meet certain requirements in order to be paid.

For my Food Stamp Benefits case, I must report changes on the Periodic Report and at Recertification, whichever occurs first. I may also report changes at any other time.

IMPORTANT- YOU MUST SIGN AND DATE THIS FORM NO SOONER THAN _____.
IF YOU CHECKED "YES" TO ANY CHANGES IN SECTION 2, MAKE SURE YOU CHECKED (✓) THE BOX(ES) AND GAVE MORE DETAIL.

Your Signature:	Date:	Telephone Number (daytime)
-----------------	-------	----------------------------

SEGUIMIENTO AL INFORME PERIÓDICO

CASO A NOMBRE DE	NÚMERO DE CASO	OFICINA/NÚMERO DE UNIDAD
NÚMERO DE EMPLEADO	NOMBRE DEL EMPLEADO (A CARGO DE LOS CASOS)	
Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo completar este informe, llame a:	Debemos recibir su informe completo a más tardar el _____. Si hasta entonces no recibimos el informe completo, sus beneficios serán suspendidos.	

Instrucciones Generales

- Usted debe **contestar todas las preguntas** en este informe. Hágalo para todos los beneficiarios de, o para cualquier persona legalmente responsable por algún beneficiario de Asistencia Temporal, Cuidado de Niños, Medicaid o Cupones para Alimentos.
- No** firme este informe antes de _____. Si lo hace, este informe no se considerará completo.
- Usted debe completar este informe y devolverlo a la dirección que figura en el anverso de la notificación adjunta, a más tardar el _____, o sus beneficios de Asistencia Temporal, Medicaid, Cuidado de Niños o Cupones para Alimentos podrán ser reducidos o terminados.

Recordatorio: Para **Asistencia Temporal y Medicaid**, usted debe informar cualquier cambio a la persona a cargo de su caso dentro de los 10 días de ocurrido. Para **Cupones para Alimentos**, usted debe reportar, dentro de los 10 días posteriores al fin de mes, si sus ingresos mensuales brutos totales exceden el límite de 130% que se le impuso. Fuera de estos casos, no es necesario que informe ningún cambio en ningún otro momento, más que en este Informe Periódico o durante su recertificación, lo que ocurra primero. Usted debe ponerse en contacto inmediatamente con la persona a cargo de su caso si ocurre algún cambio que afecte su beneficios de **Cuidado de Niños**.

SECCIÓN 1: Favor de hacer una lista de TODOS los ingresos para CADA miembro de su hogar. Si usted sólo recibe cupones para alimentos, debe hacer la lista solamente para cada miembro de su hogar que trabaje.

(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, cada dos semanas, por mes.)	Número total de horas trabajadas por semana "Mes reportado"

Proporcione comprobantes de **todos** los ingresos recibidos por los miembros del hogar durante todo el mes de _____. (Mes reportado)

Los beneficiarios del Programa de Asistencia para Niños (CAP, siglas en inglés) deben proporcionar comprobantes de ganancias, otros ingresos y costos por cuidado de niños para los meses de _____, _____ y _____. (Trimestre reportado)

SECCIÓN 2: ¿Ha ocurrido algún otro cambio (lea los casilleros más abajo) desde su último informe o prevé usted que ocurra algún cambio?

- No ó Sí **Si contestó Sí, debe marcar (✓) por lo menos uno de los siguientes casilleros:**
- Su hogar se mudó. (Escriba abajo el nuevo domicilio).
 - Alguna persona se mudó de, o a, su hogar. (Indique quién se mudó, cuándo y el nuevo monto del alquiler).
 - Su alquiler aumentó o disminuyó. (Escriba abajo el nuevo monto del alquiler).
 - Alguna persona en su hogar comenzó o dejó un trabajo. (Indique quién, cuándo y dónde comenzó o dejó el trabajo).
 - El monto de ingresos no laborales de alguna persona cambió.
 - Se produjeron cambios en los costos de su servicio de cuidado de niños o quien se los proporciona. (Indique el nuevo monto y quién le proporciona el servicio).
 - Su necesidad de cuidado de niños ha cambiado debido a un cambio en su horario de trabajo u otra razón. (Explique qué ha cambiado).
 - Un cambio en la contribución o el subsidio. (Indique de qué contribución se trata y el nuevo monto).
 - Alguna persona está embarazada. (Escriba quién y la fecha estimada de parto, si la conoce).
 - Fallecimiento o nacimiento de alguna persona del hogar. (Indique quién y cuándo).
 - Cambio en el sustento de menores legalmente determinado, pagada por un miembro de su hogar. (Indique quién paga el sustento).
 - Otros cambios que puedan afectar sus beneficios. (Indique quién, qué y cuándo ocurrieron los cambios y, de ser posible, proporcione comprobantes).

Escriba aquí los detalles de su(s) cambio(s) y, si tiene comprobantes, proporciónelos:

CERTIFICACIÓN: Yo entiendo que la información que propociono en este informe puede resultar en cambios en la asistencia que recibo, inclusive la reducción del monto de mis beneficios de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Cuidado de Niños y Medicaid, o en el cierre de mi caso. Soy consciente de que las leyes federales y estatales estipulan multas y/o prisión para cualquier persona que, de manera fraudulenta, intente recibir o reciba beneficios de Asistencia Temporal, Medicaid, Cuidado de Niños o Cupones para Alimentos a los que no tenga derecho.

Yo entiendo que debo ponerme en contacto con la persona a cargo de mi caso para informarle sobre cualquier cambio que ocurra en relación con mi programa de Asistencia Temporal dentro de los 10 días de ocurrido dicho cambio.

Yo entiendo que debo ponerme en contacto con la persona a cargo de mi caso inmediatamente si ocurre algún cambio que afecte mis beneficios de cuidado de niños. También entiendo que si, para el cuidado de niños, utilizo servicios que no tengan licencia o registro, la persona que proporcione tales servicios recibirá el pago sólo si cumple con ciertas condiciones.

Yo debo informar sobre cualquier cambio en mi caso de Cupones para Alimentos en el Informe Periódico o al momento de mi recertificación, lo que ocurra primero. También puedo informar sobre cambios en cualquier otro momento.

IMPORTANTE: USTED DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO NO ANTES DE _____ SI USTED RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LOS CAMBIOS QUE FIGURAN EN LA SECCIÓN 2, ASEGÚRESE DE HABER MARCADO (✓) LOS CASILLEROS Y PROPORCIONADO MÁS DETALLES.

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

FOLLOW-UP TO THE PERIODIC REPORT

CASE NAME	CASE NUMBER	OFFICE NUMBER
WORKER NUMBER		WORKER NAME (CASELOAD)
If you have any questions on how to fill out this Report, call:		We must get your completed Report by _____. If we don't get the completed Report by this date, your benefits will stop.

General Instructions

1. You must **answer all questions** on this Report. Answer all questions on this Report for everyone who is getting, **or** anyone who is legally responsible for someone getting, Temporary Assistance, Child Care, Medicaid and/or Food Stamps Benefits.
2. Do **not** sign this Report any sooner than _____. If you do, this report is not considered complete.
3. Yo _____ notice by
rec _____ may be

OBSOLETE

Reminder: For Temporary Assistance and Medicaid, you must report any changes to your worker within 10 days. For **Food Stamp Benefits**, you must report within ten days after the end of the month if your total monthly gross income exceeds the 130% limit you have been given. Otherwise, you do not need to report changes at any time other than on this Periodic Report or at Recertification, whichever occurs first. You must contact your worker immediately if any changes occur that affect your **Child Care**.

SECTION 1: Please list ALL income for EACH household member

(Examples of income include earnings from a job, Unemployment Insurance, Social Security Benefits, Supplemental Security Income [SSI])

Who	Name of Employer or Other Source of Income	How Often? (Daily, Weekly, Bi-Weekly Monthly,)	Total # of Hours Worked Per Week "Report Month"

Send in proof of all income that any household member got during the entire month of

_____ (Report Month).

Child Assistance Program (CAP) cases must send in proof of earnings, other income, and child

care costs for the months of _____, _____, and _____. (Report Quarter)

SECTION 2: Have there been any other changes (read boxes below) since your last Report, or do you expect any changes?

No or Yes **If Yes, you must check (√) at least one of the boxes below.**

- Your household moved (Write the new address below.)
- Someone moved into or out of your household (Write who moved and when and new amount of rent.)
- Your rent went up or down (Write new rent amount.)
- Someone started or left work (Write who, when, and where they started or left work.)
- Your child care costs or child care provider changed (Write new amount and who provides the child care.)
- Your need for child care has changed due to a change in your work schedule or other reason. (Explain what has changed)
- A change in contribution or subsidy (Write what the contribution is and new amount.)
- Someone is pregnant (Write who and expected delivery date, if known.)
- Death or Birth of someone in the household (Write who and when.)
- Change in legally obligated child support paid by a member of your household (Write who in your household pays the support.)
- Other changes that may affect benefits (Write who, what, and when change occurred and give proof, if possible.)

Write the details of your change(s) here. and if you have proof send it in:

OBSOLETE

CERTIFICATION: I understand that the information I provide on this report may result in changes in my assistance, including reducing the amount of my Temporary Assistance Benefits, Food Stamp Benefits, Child Care Benefits, and Medicaid or closing my case. I am aware that Federal and State Law provide for fine and/or imprisonment of any person who fraudulently attempts to receive, or fraudulently receives Temporary Assistance, Medicaid, Child Care or Food Stamp Benefits to which the person is not entitled.

I understand that I must contact my worker to report any changes that occur for my Temporary Assistance case within 10 days.

I understand that I must contact my worker immediately if any changes occur that affects my child care. I also understand that if I use a child care provider who is not licensed or registered, my provider must meet certain requirements in order to be paid.

For my Food Stamp Benefits case, I must report changes on the Periodic Report and at Recertification, whichever occurs first. I may also report changes at any other time.

IMPORTANT- YOU MUST SIGN AND DATE THIS FORM NO SOONER THAN _____.
IF YOU CHECKED "YES" TO ANY CHANGES IN SECTION 2, MAKE SURE YOU CHECKED (√) THE BOX(ES) AND GAVE MORE DETAIL.

Your Signature:	Date:	Telephone Number (daytime)
-----------------	-------	----------------------------

SEGUIMIENTO AL INFORME PERIODICO

CASE NAME	CASE NUMBER	OFFICE NUMBER
WORKER NUMBER	WORKER NAME (CASELOAD)	
Si usted tiene alguna pregunta acerca de cómo completar este Informe, llame al	Debemos recibir su Informe debidamente completado antes del _____. Si no recibimos el Informe completado para esa fecha, sus beneficios se interrumpirán.	

Instrucciones Generales

1. **Responda a todas las preguntas de este formulario.** Todas las preguntas de este formulario deben ser completadas por cada persona que esté recibiendo, o cualquier persona que sea legalmente responsable por alguien que esté recibiendo Beneficios de Asistencia Temporal, Cupones de Alimentos, Cuidado Infantil y/o Medicaid.

2. No firme incompleto

3. Usted de _____
Medicaid

OBSOLETEdel
l y/o

Advertencia: Para **Asistencia Temporal y Medicaid**, usted debe reportar a su trabajador(a) cualquier cambio dentro de 10 días. Para **Beneficios de Cupones de Alimentos**, usted debe reportar dentro de 10 días después del fin de mes, si su ingreso bruto total mensual excede el límite del 130% que la agencia ha establecido para usted. De lo contrario, usted no tiene que reportar cambios en ningún otro momento en este Informe Periódico o en la Recertificación, cualquiera que ocurra primero. Usted debe contactar a su trabajador(a) inmediatamente si ocurre algún cambio que afecte su **Cuidado Infantil**.

SECCION 1: Por favor indique TODOS LOS RECURSOS PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR

(Ejemplos de ingreso incluyen salarios de un trabajo, Seguro por Desempleo, Beneficios del Seguro Social, Ingreso Suplementario del Seguro (SSI))

Quién	Nombre del Empleador(a) u Otra Fuente de Ingreso	Cuán a Menudo? (Diario, Semanal, Bimensual, Mensual)	No. Total de Horas Trabajadas por Semana (Informe Del Mes)

Envíe prueba de todos los ingresos que cualquier miembro del hogar recibió durante el mes completo de _____ (Informe Del Mes).

Los casos del Programa de Asistencia para Niños (Child Assistance Program--CAP) deben enviar pruebas de sus ganancias, otros ingresos, y costos de cuidado infantil incurridos en los meses de _____, _____, y _____. (Informe Trimestral)

SECCION 2: Ha habido algunos otros cambios (lea las casillas de abajo) desde su último informe, o anticipa usted algunos cambios?

No o Sí Si "Sí", usted debe marcar (✓) por lo menos una de las casillas de abajo.

- Los miembros de su hogar se han trasladado. (Indique la nueva dirección debajo.)
- Alguien se ha trasladado fuera de su hogar o ha ingresado a su hogar. (Indique quién se trasladó y cuándo;
-
-
-
- razón. (Explique lo que ha cambiado.)
- Un cambio en la contribución o subsidio (Indique cuál es la contribución y la nueva cantidad.)
- Alguien está embarazada. (Indique quién y la fecha del alumbramiento, si se la conoce.)
- La muerte o nacimiento de alguien en el hogar (Indique quién y cuándo)
- Cambio en los pagos legalmente mandatorios de manutención infantil pagados por un miembro de su hogar. (Indique quién en su hogar paga por manutención infantil.)
- Otros cambios que puede que afecten los beneficios (Indique quién, qué y cuándo ocurrió el cambio y ofrezca prueba, si es posible.)

OBSOLETE

Write the details of your change(s) here, and if you have proof send it in:

CERTIFICACION: Yo comprendo que la información que yo provea en este informe puede que ocasione cambios en mis beneficios de asistencia, incluyendo la reducción de la cantidad de mis Beneficios de Asistencia Temporal, Cupones de Alimentos, Cuidado Infantil, y Medicaid o el cierre de mi caso. Estoy consciente de que la Ley Federal y Estatal provee una multa y/o pena de cárcel a cualquier persona que trata fraudulentamente de recibir, o ha recibido fraudulentamente, Beneficios de Asistencia Temporal, Cupones de Alimentos, Cuidado Infantil o Medicaid a los que la persona no tiene derecho.

Yo comprendo que yo debo contactar a mi trabajador(a) inmediatamente para reportar cualquier cambio que ocurra con respecto a mi caso de Asistencia Temporal dentro de 10 días.

Yo comprendo que si uso los servicios de un proveedor(a) de cuidado diurno sin licencia o registración, mi proveedor(a) debe cumplir con ciertos requisitos para que sus cobros sean cubiertos.

Para el caso de mis beneficios de Cupones de Alimentos, debo reportar cambios en el Informe Periódico y en al Recertificación, cualquiera que ocurra primero. También puedo reportar cambios en cualquier otro momento.

IMPORTANTE- USTED DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO NO ANTES DEL _____. SI USTED MARCO "SI" A CUALQUIER CAMBIO EN LA SECCION 2, ASEGURESE DE QUE HAYA MARCADO () LA(S) CASILLA(S) Y QUE HAYA PROVISTO MAS DETALLES. SI ESTE INFORME NO ESTA DEBIDAMENTE COMPLETADO, LE ENVIAREMOS UNA NOTIFICACION DE DISCONTINUACION DE BENEFICIOS.

Su Firma:	Fecha:	Número de Teléfono (de día)
-----------	--------	-----------------------------