



**FONDO PARA EL CUIDADO Y DESARROLLO INFANTIL (CCDF) /
PROGRAMA ON MY WAY PRE-K (OMW) INFORME DE CAMBIO**

Formulario del Estado 57271 (5-23)
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS FAMILIARES Y SOCIALES

**Formulario de
actualización**

INDICACIONES: Si no se informa de los cambios en los requerimientos de servicio en un plazo de DIEZ (10) días naturales, los servicios pueden darse por terminados y se le exigirá que devuelva los fondos al Estado de Indiana. Debe informar cuando ya no esté empleado, inscrito en la escuela/programa de formación o cuando deje de participar en el programa IMPACT, cualquier cambio de situación familiar y cambio de domicilio.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre de uno de los padres <i>(en letra de imprenta)</i>	
Fecha de nacimiento <i>(mes, día, año)</i>	Número de teléfono
Firma	Fecha <i>(mes, día, año)</i>

SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

- Mi trabajo o formación finalizó el _____ *(mes, día, año)*. Marque una de las siguientes casillas:
 - No ejerzo una actividad nueva y me gustaría solicitar cuidados durante el período de transición *(puede requerirse documentación adicional)*.
 - Inicié una actividad nueva a partir del _____ *(mes, día, año)* en _____ *(lugar)*
- Me gustaría solicitar horas adicionales para el cuidado infantil. *(Proporcione el horario escolar actual o los comprobantes de pago de nómina de los últimos 30 días)*.
- 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 de los hijos y cualquier otro ingreso que reciba el grupo familiar)*.
- Adopté al niño que tengo bajo régimen de acogida _____ *(nombre del niño)* el _____ *(mes, día, año)*
- Cierre mi caso. A partir del _____ *(mes, día, año)* no necesitaré recibir más ayuda para el cuidado infantil.
- Un familiar se ha marchado o ha ingresado en mi casa.

Nombre de la persona: _____ Fecha de nacimiento *(mes, día, año)*: _____

Relación que tiene conmigo: _____ ¿Necesita esta persona servicio de cuidado infantil? Sí No
- Cambiaré de proveedor de servicios de cuidado infantil. *(El proveedor debe rellenar un formulario de nuevo proveedor y enviarlo junto con este formulario antes del jueves a las 12:00 p. m. para que los cambios se apliquen a partir del lunes siguiente. Los cambios de proveedor enviados después de las 12:00 p. m. del jueves no entrarán en vigor hasta el segundo domingo)*.

Fecha de inicio *(mes, día, año)*: _____

Nombre del proveedor: _____
- Me mudé. Mi nueva información de contacto es *(número y calle, ciudad, estado, código postal y número de teléfono)*:

- Otros cambios:

