



# 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 (impreso)	
Fecha de nacimiento (día, mes, año)	Número de teléfono
Firma	Fecha ( día, mes, año)

## 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:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_