



Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino

1076 N. State St., Ukiah, CA 95482

707/463-5462

Teléfono: 707/463-4188

Teléfono de contacto: (707)463-5697

INFORME DE CAMBIOS EN LOS INGRESOS DEL HOGAR

Jefe de familia: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____ Correo electrónico: _____

SECCIÓN UNO DE TRES

Reporte TODOS los cambios de ingresos de TODOS los miembros del hogar. Responda Sí/No a todas las preguntas a continuación.

Sí/No	Tipo de cambio de ingresos	Nuevo BRUTO Ingresos mensuales Cantidad	Nombre del miembro del hogar	Fuente de ingresos (nombre del empleador o tipo de beneficio)	Fecha de vigencia del cambio
☐ Sí ☐ No	Nueva fuente de ingresos , incluido un nuevo empleo o nuevos beneficios mensuales, como ayuda en efectivo, manutención infantil, EDD, SS, SSI, etc.	Nuevo importe bruto mensual \$ _____			
☐ Sí ☐ No	Cambio en el monto del beneficio mensual (por ejemplo: ayuda monetaria, manutención infantil, SS, SSI, EDD, el monto mensual cambió)	Nuevo importe bruto mensual \$ _____			
☐ Sí ☐ No	Ingresos finalizados (incluido el fin del empleo o la interrupción de los beneficios)	\$0			
☐ Sí ☐ No	Ingresos por empleo: La tasa de pago/número de horas ha aumentado	Nueva tasa de pago \$ _____ Número promedio de horas trabajadas por semana: _____			
☐ Sí ☐ No	Ingresos por empleo: La tasa de pago/número de horas ha disminuido	Nueva tasa de pago \$ _____ Número promedio de horas trabajadas por semana: _____			



Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino

1076 N. State St., Ukiah, CA 95482

707/463-5462

Teléfono: 707/463-4188

Teléfono de contacto: (707)463-5697

☐ Sí ☐ No	Otros: Proporcione una explicación	Nuevo importe bruto mensual \$ _____			
--	------------------------------------	---	--	--	--

SECCIÓN DOS DE TRES

Esta sección debe completarse en caso de nuevo empleo o de finalización del mismo. Omita esta sección si no corresponde.

1. TERMINÓ EL EMPLEO

☐ No aplicable

Nombre del miembro del hogar	Nombre del empleador anterior	Dirección del empleador anterior	Número de teléfono del empleador anterior	Fecha de finalización del empleo

¿Va a solicitar prestaciones por desempleo? ☐ SÍ ☐ NO.

- Si es así y se reciben beneficios, asegúrese de informar el cambio en los ingresos a los CDC por escrito dentro de los catorce (14) días calendario.

2. NUEVO EMPLEO

☐ No aplicable

Nombre del miembro del hogar	Nombre del nuevo empleador	Nueva dirección del empleador	Número de teléfono del nuevo empleador	Fecha de inicio del empleo

NUEVO EMPLEADOR - INFORMACIÓN SALARIAL

1. Tarifa de pago por hora: \$ _____

2. Si es salario, tasa salarial: \$ _____ ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual

3. Promedio de horas a trabajar por semana: _____

Los CDC deben poder estimar sus ingresos anuales. Si el pago no es por hora ni por salario, explique con más detalle aquí. Indique el monto estimado que prevé recibir mensualmente.



Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino

1076 N. State St., Ukiah, CA 95482

707/463-5462

Teléfono: 707/463-4188

Teléfono de contacto: (707)463-5697

SECCIÓN TRES DE TRES

DECLARO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y COMPLETA y representa TODOS los cambios en los ingresos del hogar. La Sección 1001 del Título 18 del Código de los EE. UU. establece que es un delito penal realizar declaraciones falsas o tergiversaciones intencionales a cualquier Departamento o Agencia de los EE. UU. sobre cualquier asunto dentro de su jurisdicción .

Firma del jefe de familia/cónyuge o co-jefe Fecha