



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Matthew Brune, Executive Deputy Commissioner

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

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #13-33-OPE

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

Date: April 12, 2013	Subtopic(s): Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Non Cash Assistance Supplemental Nutrition Assistance Program (NCA SNAP) staff and Income Clearance Program (ICP) staff that the Periodic Report (LDSS-4310) and the Follow-up to the Periodic Report (LDSS-4310A) have been revised as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> • References to Food Stamps have been changed to SNAP. • A new statement/box has been added in section 2 for individuals to report if an able-bodied adult without dependents (ABAWD) in the SNAP household did not work/participate in a work activity for at least 80 hours in each month of the report period. • Changes regarding child care information (costs, provider) have been consolidated into one statement. <p><i>Effective Immediately</i></p> <p>Reference:</p> <p>13-INF-02</p> <p>Attachments:</p> <p>LDSS-4310 Periodic Report (Rev. 1/13) LDSS-4310-SP Periodic Report (Spanish) (Rev. 1/13) LDSS-4310A Follow-up to the Periodic Report (Rev. 1/13) LDSS-4310A-SP Follow-up to the Periodic Report (Spanish) (Rev. 1/13)</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
 Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
 send an e-mail to *FIA Call Center Fax* or fax to: (917) 639-0298

Periodic Report

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
is the new name for the Food Stamp Program.

You must fill out this Report and return it to the address listed on the back by _____ 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.

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 Child Assistance (CAP), Child Care, and/or SNAP Benefits being discontinued.

CASE NAME	CASE NUMBER
OFFICE	UNIT
	WORKER
<p>If you have any questions on how to fill out this Report, call : () _____</p> <p>We must get your completed Report by _____ . If we don't get the completed Report by this date, your Child Assistance (CAP), Child Care and/or SNAP Benefits will stop. Failure to return this report will not affect your Medicaid coverage.</p>	

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, Child Assistance (CAP), Child Care, and/or SNAP Benefits.
2. You must complete and sign this Report and return it to the address on the back of this report by _____, or your Child Assistance (CAP), Child Care or SNAP Benefits may be reduced or closed.

Reminder: If you are also receiving **Temporary Assistance and Medicaid**, you must report any changes to your worker within 10 days. For **SNAP**, 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 SNAP 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

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

Since you participate in the Child Assistance Program (CAP), send proof of earnings, other income, and child care costs for _____.

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.**

- An able-bodied adult in your household did not work/participate in a work activity for at least 80 hours in each month and your SNAP household does not include a child under 18 years of age. (Write who and the months not meeting the requirement 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 (cost you pay not child care subsidy) are new or changed or child care provider changed (Write new amount and who provides the child care.)
- 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, SNAP Benefits, Child Care Benefits 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 SNAP Benefits to which the person is not entitled. Information reported on this form may affect my eligibility for Medicaid.

I understand that I must contact my worker to report any changes that occur for my Temporary Assistance and Medicaid 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 SNAP 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 RETURN THIS FORM. 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:	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 →

INFORME PERIÓDICO

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) es el nuevo nombre del Programa de Cupones para Alimentos.

Debe rellenar este informe y enviarlo a la dirección indicada al reverso, a más tardar, para el _____ para continuar recibiendo beneficios.

CUANDO ENVÍE ESTE INFORME, ASEGÚRESE DE QUE **LA DIRECCIÓN DEL DISTRITO LOCAL IMPRESA AL REVERSO** APAREZCA EN LA VENTANILLA DEL SOBRE DE DEVOLUCIÓN.

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 seguir las instrucciones antes de rellenarlo. Es importante que lo rellene, lo firme y lo envíe a más tardar a la fecha de vencimiento indicada anteriormente. De lo contrario, se suspenderán los beneficios que recibe del programa de Asistencia para Niños (CAP), Cuidado de Niños y/o del programa SNAP.

CASO A NOMBRE DE		NÚMERO DEL CASO
OFICINA	UNIDAD	TRABAJADOR(A) DE CASOS
Si tiene preguntas sobre cómo rellenar este informe, sírvase llamar al: (____)	<p>Debemos recibir el informe relleno completamente, a más tardar, para el _____. Si no lo recibimos completamente relleno para esa fecha, sus beneficios de Asistencia para Niños (CAP), Cuidado de Niños y/o subsidio SNAP se suspenderán. El no devolver este informe no afectará su cobertura de Medicaid.</p>	

Instrucciones generales

1. Debe **responder todas las preguntas** de este informe. Responda todas las preguntas por cada una de las personas que recibe (o por cada persona legalmente responsable de alguien que recibe) Asistencia para Niños (CAP), Cuidado de Niños, o subsidio SNAP.
2. **No** firme este informe antes del _____. Si lo hace, no se considerará que el informe esté completo.
3. Debe rellenarlo y enviarlo a la dirección indicada al reverso, a más tardar, para el _____, de lo contrario se reducirán o se suspenderán los beneficios que recibe de Asistencia para Niños (CAP), Cuidado de Niños o subsidio SNAP.

Recuerde: si usted también recibe Asistencia Temporal y Medicaid, deberá informar a la persona a cargo de su caso, de todo cambio que se dé en las circunstancias de su hogar dentro de los 10 días de haber ocurrido dicho cambio. Con relación al **subsidio SNAP**, 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. De lo contrario, no es necesario que informe cambios en ningún otro momento, solamente en el informe periódico o en la revalidación, lo que ocurra primero. Debe comunicarse inmediatamente con la persona a cargo de su caso si se producen cambios que pudiesen afectar los beneficios que recibe del programa de **Cuidado de Niños**.

SECCIÓN 1: sírvase incluir TODOS los ingresos de CADA integrante de la unidad familiar. Si recibe solamente el subsidio SNAP, sólo tiene que indicar en esta sección el sueldo de cada integrante del grupo familiar que cuenta con un empleo.

(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, por quincena, por mes)	Cantidad total de horas trabajadas por semana

Envíe comprobantes de cada ingreso recibido por los integrantes del grupo familiar durante el mes entero de _____

Dado que usted participa en el Programa de Asistencia para Niños (CAP), envíe comprobante de ingresos trabajados, ingresos adicionales y costos por cuidado de menores del _____, _____, _____.

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.

- Un adulto habilitado para trabajar integrante de su grupo familiar no trabajó / participó en actividades laborales por un mínimo de 80 horas cada mes y su grupo familiar beneficiario de SNAP no incluye un menor de 18 años. (Escriba el nombre de la persona y los meses en que dichos requisitos no se cumplieron).
- Su familia cambió de domicilio (escriba el nuevo domicilio 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).
- Un integrante comenzó 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 un integrante del hogar.
- Sus gastos de cuidado de menores (lo que usted paga directamente y no el subsidio) han sido modificados o tiene nuevos gastos; o cambió de proveedor de servicios de cuidado de niños (escriba el nuevo monto y quién suministra el cuidado de niños). 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 grupo familiar (incluya el nombre y la fecha).
- Cambio en el monto de sustento de menores que paga un integrante de su grupo familiar (incluya el nombre de la persona que paga sustento).
- Otros cambios que afecten la habilitación para recibir beneficios (incluya nombre del integrante, tipo de cambio, fecha y comprobante, de tenerlo).

Incluya a continuación los detalles de los cambios reportados 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, subsidio SNAP, Cuidado de Niños y o el cierre de mi caso. Estoy en conocimiento de que las leyes federales y del Estado disponen multas o penas de prisión, o ambas, para toda persona que de forma fraudulenta intente obtener o recibir sin derecho alguno prestaciones de Asistencia Temporal, Medicaid, Cuidado de Niños o subsidio SNAP. Los datos contenidos en este informe pueden afectar mi habilitación para recibir Medicaid.

Tengo conocimiento de que debo informarle a la persona a cargo de mi caso de todo cambio que se produzca con relación a mi caso de Asistencia Temporal y Medicaid dentro de los 10 días de ocurrir el cambio.

Entiendo que debo comunicarme inmediatamente con la persona a cargo de mi caso si se producen cambios que modifiquen mis beneficios de cuidado de niños. 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 subsidio SNAP, debo informar cambios en el informe periódico y en la revalidación, lo que ocurra primero. También puedo informar cambios en cualquier otro momento.

IMPORTANTE- DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE INFORME NO ANTES DEL _____ . SI MARCÓ «SÍ» A LA PREGUNTA SOBRE CAMBIOS EN LA SECCIÓN 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):
-----------	--------	-------------------------------------

Rellenar y enviar en el sobre adjunto

Cuando devuelva este informe, verifique

que esta dirección quede a la vista en la ventanilla del sobre



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 Child Assistance (CAP), Child Care and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits will stop. Failure to return this report will not affect your Medicaid coverage.	

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, Child Assistance (CAP), Child Care, and/or SNAP 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 Child Assistance (CAP), Child Care or SNAP Benefits may be reduced or closed.

Reminder: If you are also receiving Temporary Assistance and Medicaid, you must report any changes to your worker within 10 days. For **SNAP**, 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 SNAP 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.**

- An able-bodied adult in your household did not work/participate in a work activity for at least 80 hours in each month and your SNAP household does not include a child under 18 years of age. (Write who and the months not meeting the requirement 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 (cost you pay not child care subsidy) are new or changed or child care provider changed (Write new amount and who provides the child care.)
- 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:

SAMPLE

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, SNAP Benefits, Child Care Benefits 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 SNAP Benefits to which the person is not entitled. Information reported on this form may affect my eligibility for Medicaid.

I understand that I must contact my worker to report any changes that occur for my Temporary Assistance and Medicaid 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 SNAP 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. IF THIS REPORT IS NOT COMPLETED, WE WILL SEND YOU A DISCONTINUANCE NOTICE.

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

SEGUIMIENTO AL INFORME PERIÓDICO

CASE NAME	CASE NUMBER	OFFICE/UNIT NUMBER
WORKER NUMBER		WORKER NAME (CASELOAD)
Si tiene preguntas sobre cómo rellenar este informe, marque el:		Debemos recibir este informe rellenado, a más tardar, para el _____. Si no lo recibimos para esa fecha sus beneficios de Asistencia para Niños (CAP), Cuidado de Niños y/o subsidio SNAP cesarán. El no devolver el presente informe no afectará su cobertura de Medicaid.
Instrucciones generales		
<ol style="list-style-type: none"> Debe contestar todas las preguntas de este informe. Hágalo por cada beneficiario (o por cada persona legalmente responsable de un beneficiario) de Asistencia para Niños (CAP), Cuidado de Niños y/o subsidio SNAP. No firme este informe antes del _____. Si lo hace, este informe no se considerará completo. Debe rellenarlo y devolverlo a la dirección que figura en el anverso de la notificación adjunta a más tardar para el _____, o sus beneficios de Asistencia para Niños (CAP), Cuidado de Niños y/o subsidio SNAP se reducirán o se suspenderán. <p>Recordatorio: si también recibe Asistencia Temporal y Medicaid, debe informar todo cambio en las circunstancias de su grupo familiar a la persona a cargo de su caso dentro de los 10 días de ocurrido dicho cambio. En cuanto al subsidio SNAP, debe reportar, dentro de los 10 días posteriores al fin de mes, si sus ingresos mensuales brutos totales exceden el límite del 130 % que se le impuso. Fuera de esos casos, no es necesario que informe ningún otro cambio, solamente en este informe o en su revalidación, lo que ocurra primero. Debe comunicarle a la persona a cargo de su caso de todo cambio que se dé que pueda afectar el subsidio que recibe del programa de Cuidado de Niños.</p>		

SECCIÓN 1: favor de hacer una lista de **TODOS** los ingresos de **CADA** miembro de su grupo familiar. Si usted solamente recibe el subsidio SNAP, liste el salario solamente de los integrantes del grupo familiar que trabajan.

(Ejemplos de ingresos: pagos por trabajo realizado, Seguro de Desempleo, 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 grupo familiar durante el mes entero de _____. (Report Month)

Los beneficiarios de Asistencia para Niños (CAP) deben enviar comprobante de ingresos ganados, demás ingresos y gastos por cuidado de niños para los meses de _____, _____ y _____. (Report Quarter)

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:**

- Un adulto habilitado para trabajar integrante de su grupo familiar no trabajó / participó en actividades laborales por un mínimo de 80 horas cada mes y su grupo familiar beneficiario de SNAP no incluye un menor de 18 años. (Escriba el nombre de la persona y los meses en que dichos requisitos no se cumplieron).
- Su familia cambió de domicilio (escriba el nuevo domicilio 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).
- Un integrante comenzó 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 un integrante del grupo familiar.
- Sus gastos de cuidado de menores (lo que usted paga directamente y no el subsidio) han sido modificados o tiene nuevos gastos; o cambió de proveedor de servicios de cuidado de niños (escriba el nuevo monto y quién suministra el cuidado de niños).
- 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 sustento de menores que paga un integrante de su hogar (incluya el nombre de la persona que paga sustento).
- Otros cambios que afecten la habilitación para recibir beneficios (incluya nombre del integrante, tipo de cambio, fecha y comprobante, de tenerlo).

Escriba aquí los detalles de los cambios y, si tiene comprobantes, proporciónelos:

SAMPLE

CERTIFICACIÓN: entiendo que la información proporcionada en este informe puede originar cambios en mis prestaciones, incluyendo la reducción en el monto de Asistencia Temporal, subsidio SNAP, Cuidado de Niños o el cierre de mi caso. Es de mi pleno conocimiento que las leyes federales y del Estado, disponen multas o penas de prisión, o ambas, a toda persona que de forma fraudulenta intente obtener o recibir sin derecho alguno prestaciones de Asistencia Temporal, Medicaid, Cuidado de Niños o subsidio SNAP. Los datos en este informe pueden afectar mi habilitación para recibir Medicaid.

Tengo conocimiento de que debo informarle a la persona a cargo de mi caso de todo cambio que se produzca con relación a mi caso de Asistencia Temporal y Medicaid dentro de los 10 días de ocurrir dicho cambio.

Entiendo que debo comunicarme inmediatamente con la persona a cargo de mi caso si se producen cambios que modifiquen mi subsidio de cuidado de niños. 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 ciertos requisitos para poder recibir pagos a cambio de dicho servicio.

Con respecto a mi caso de subsidio SNAP, debo informar cambios en el informe periódico y en la revalidación, lo que ocurra primero. También puedo informar cambios en cualquier otro momento.

IMPORTANTE: DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO NO ANTES DEL _____. SI RESPONDIÓ «SÍ» A LOS CAMBIOS SEÑALADOS EN LA SECCIÓN 2, ASEGÚRESE DE HABER MARCADO (✓) LOS CASILLEROS Y DE PROPORCIONAR MÁS DETALLES. SI ESTE INFORME NO SE RELLENA, LE ENVIAREMOS UN AVISO DE SUSPENSIÓN DE PRESTACIONES.

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