

ASISTENCIA EN EFECTIVO PARA REFUGIADOS FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE EMPLEO E INGRESOS DEL CLIENTE

Este formulario brinda a los beneficiarios de Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA, por sus siglas en inglés) la oportunidad de declarar cualquier ingreso obtenido durante su período de elegibilidad para RCA. Este formulario se utilizará para clientes adultos cuando se inscriban inicialmente en RCA y siempre que un beneficiario informe un cambio en el empleo o los ingresos, no pueda o no quiera proporcionar documentación de ingresos como se describe a continuación, y el trabajador de caso de RCA no pueda verificar el empleo y ingresos laborales con el empleador del beneficiario.

Para declarar la **ausencia de ingresos procedentes de cualquier fuente**, complete lo siguiente:

1. Yo _____ (Nombre completo) doy fe y afirmo que actualmente no recibo ingresos de ninguna fuente.

Para declarar **ingresos provenientes del empleo**, complete lo siguiente:

1. Yo _____ (Nombre completo), doy fe y afirmo que actualmente soy empleado de:
Nombre de la empresa: _____
Dirección de la empresa: _____
Teléfono de la empresa: _____
2. Fecha de inicio del empleo: _____ (mes, día, año)
3. Doy fe y afirmo que mi salario actual o salario por hora es de \$ _____
a. Si trabaja por contrato o de forma intermitente, indique sus ingresos del mes anterior. Si su empleo comenzó menos de treinta (30) días antes de la fecha de esta declaración, indique su ingreso mensual proyectado: \$ _____
4. Doy fe y afirmo que actualmente estoy trabajando _____ horas por semana.
a. Si no trabaja un número constante de horas semanales, indique las últimas horas trabajadas en una semana anterior. Si su empleo comenzó menos de treinta (30) días antes de la fecha de esta declaración, indique sus horas de trabajo semanales proyectadas: _____

Para cambios de **ingresos no relacionados con el empleo**, complete lo siguiente:

1. Yo _____ (Nombre completo), doy fe y afirmo que actualmente recibo ingresos no laborales de _____ (indique la fuente de ingresos).
a. Doy fe y afirmo que el ingreso total que recibo de fuentes no laborales es: \$ _____

Entiendo que debo informar cualquier cambio en mis ingresos, gastos de subsistencia mensuales (es decir, vivienda, transporte, servicios públicos, comunicaciones, suministros domésticos, costos médicos y de cuidado infantil) y el tamaño de mi hogar al trabajador de caso dentro de los treinta (30) días posteriores al cambio. Entiendo que cualquier cambio que informe podría afectar la cantidad de beneficios para los cuales califico. Entiendo que puedo informar estos cambios llamando, enviando un correo electrónico o comunicándome en persona con el trabajador de caso.

Entiendo que si tengo un cambio en mis ingresos; ya sea a través de empleo, gastos mensuales u otros medios, y no informo este cambio de ingresos al trabajador de caso, debo reembolsar los pagos en exceso al Programa de Reubicación de Refugiados de Arizona a través de cobros de pagos en exceso. Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información proporcionada en o con este documento es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Además, certifico que todos los documentos y certificaciones que he proporcionado son genuinos y que no he retenido ni alterado intencionalmente ninguna información que pueda ser relevante para mi elegibilidad para RCA.

Entiendo que el Departamento de Seguridad Económica puede investigar y contactar cualquier fuente necesaria para revisar la exactitud de la información relacionada con mi elegibilidad para RCA. Si intencionalmente oculto, modifico o proporciono información falsa para obtener beneficios de RCA para los cuales no soy elegible, puedo estar sujeto a un proceso penal, multas, encarcelamiento u otras sanciones previstas por las leyes estatales y federales.

Nombre del solicitante: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre y firma del intérprete: _____ Fecha: _____
(Si se rechazó la interpretación, ingrese "N/A" arriba)

Firma del cliente si se rechaza un intérprete: _____