

CHANGE REPORT FORM

**Changes must be reported within
10 calendar days.**
(Chapter 6M-4, F.A.C.)

ELCFH Date Stamp

Name:	Phone:
Address:	

I am reporting the following changes on _____ (today's date)

I have attached the required documentation. [Examples of acceptable documentation listed in blue below]

I understand the documentation is **due before 3:00pm** _____ (14 days from today)

Address Change Effective Date of Change _____
[current lease, utility bill, landline phone bill, paystub, government issued document]

New Address _____ City, Zip _____

Family Change Effective Date of Change _____
[driver license, birth certificate, marriage license, divorce decree, notarized statement]

Martial Status change to: Married Separated Divorced

Requesting to add a member to the household.

Name _____ Relationship to you _____

Requesting to remove a member from the household

Name _____ Relationship to you _____

New address for this person _____

Reason for Care Change Effective Date of Change _____
[Verification of Employment form, work schedule, school schedule, medical leave form]

Case closed by referring agency _____

Who in the family has the change in school or employment? _____

School attendance: School Ends School starts _____ (number of credits or hours per week)

Employment: Work hours increased / decreased to _____ per week

Begin Maternity/Medical Leave Return to work

Lost job due to: Termination / End of season

New job Employer Name: _____

Income Change Effective Date of Change _____
[paystub, benefit or award letter, court order, child support report, notarized statement]

Who in the family has the income change? _____

Earned Income/Employment: My new rate of pay is \$ _____ per hour salary per pay period

Unearned Income: Child support Social Security SSI Relative Caregiver TANF _____

New monthly amount \$ _____ Will this be the same next month? yes no, next month \$ _____

Child Care Provider Change Name of children affected by change _____
[ELCFH withdrawal form stating parent fees paid in full needed from current provider before a transfer can be processed]

I am withdrawing from _____ Last day of care _____

Request enrollment at _____ First day of care _____

FORMA PARA REPORTAR CAMBIOS

Oficina en Charlotte Fax: 941-255-5856

Oficina en Highlands Fax: 863-314-4480

Oficinas en Desoto/Hardee Fax: 863-494-5291

www.elcfh.org

**Usted deberá informar de cualquier
cambio en los 10 primeros días**

(Chapter 6M-4, F.A.C.)

ELCFH Date Stamp

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Estoy informando de los siguientes cambios _____ (Fecha de hoy)

Estoy anexando la siguiente documentación requerida. [*Abajo en azul se encuentran ejemplos de los documentos aceptables*]

Yo entiendo que la documentación se tiene que entregar a las **3:00pm** _____ (14 días después de la fecha de hoy)

Cambio de dirección Fecha del día de cambio _____

[Contrato actual de arrendamiento, recibo de servicios públicos, (agua, Luz), recibo de teléfono fijo, recibo de sueldo, documentos enviados del gobierno]

Nueva dirección _____ Ciudad, Código postal _____

Cambio en la familia Fecha del día cambio _____

[Licencia de conducir, Certificado de nacimiento, Certificado de matrimonio, Certificado de divorcio, forma declaratoria notariada]

Cambio de estado civil: Casado Separado Divorciado

Requerimiento para agregar a un familiar en la casa.

Nombre _____ Relación con usted _____

Requerimiento para eliminar a un familiar en la casa

Nombre _____ Relación con usted _____

Nueva dirección de esta persona _____

Razón por cambio de Centro Fecha del día cambio _____

[Forma para verificar el empleo, horario de trabajo, horario de escuela, forma por ausencia medica]

Caso cerrado por la agencia referida _____

¿Quién en la familia cambio de empleo o de escuela? _____

Asistencia escolar: Termino la escuela Comienzo la escuela _____ (numero de créditos o horas por semana)

Empleo: Horas de trabajo aumento / disminuyo _____ por semana

Comienzo de maternidad / Por falta medica Regreso a trabajar

Perdió el empleo por Despido / Termino de temporada

Nuevo trabajo Nombre del empleador: _____

Cambio de ingresos Fecha del día de cambio _____

[Recibo de pago, carta de beneficios o de sentencia, orden judicial, reporte de manutencion alimenticia del niño, forma declaratoria notariada]

¿Quién en la familia tuvo cambio de ingreso? _____

Ingresos obtenidos / :Empleo: Nuevo salario es de \$ _____ por hora Ingreso por periodo de pago.

Otro tipo de ingreso: Manutención del niño Seguro Social SSI Cuidado de un familiar TANF _____

Nueva cantidad mensual \$ _____ ¿Esta cantidad será la misma el próximo mes? si no, el próximo mes será \$ _____

Cambio del Centro Infantil Nombre de los niños que serán cambiados _____

[Antes de hacer cualquier cambio, es necesario proveer a ELCFH con la forma la cual indica que su porción del pago al Proveedor actual esta cubierta en su totalidad]

Estoy retirando de _____ Ultimo que atendió _____

Solicito la inscripcion a _____ Primer día que atendió _____