

LORAIN COUNTY DEPT. OF JOB & FAMILY SERVICES

42485 NORTH RIDGE ROAD - ELYRIA OH 44035-1057
 (844) 640-6446 FAX: (440) 323-3422

Declaración de pérdida de empleo

Declaro que no estoy trabajando en este momento.

El nombre de mi último empleador es: _____

La dirección de mi último empleador es: _____

El número de teléfono de mi último empleador es: _____

El número de fax de mi último empleador es: _____

La última fecha en la que trabajé fue: _____

Mi fecha de regreso esperada es (si corresponde): _____

La razón por la cual el empleo terminó fue: _____

Me pagaron (seleccione uno): semanal quincenal mensual Dos veces al mes

La fecha en que recibí mi último pago fue / será: _____

La cantidad bruta (antes de impuestos) de mi

Pago fue / será: _____

Anote las fechas y la cantidad brutos de los últimos 4 pagos que recibió o recibirá. Si usted no tiene su talonarios disponible, entre su mejor estimación.

Fecha	Pago bruto
1.	
2.	
3.	
4.	

Entiendo la penalidad por retener información. También entiendo que tendría que pagar cualquier beneficio de asistencia alimentaria que recibí porque no informé completamente los cambios requeridos a mi trabajador social. Si se le solicita, acepto cooperar con la verificación de los cambios que reporto. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas a lo mejor de mi conocimiento.

 Firma Nombre impreso

 Fecha Numero de seguro social

 Número de teléfono Número del Caso

Advertencia de Pena

La información proporcionada en este formulario estará sujeta a verificación por funcionarios federales, estatales y locales. Si se descubre que alguna información es inexacta, se le pueden negar los beneficios de asistencia alimentaria y / o estar sujeto a procesamiento penal por proporcionar información falsa a sabiendas. Si su grupo de asistencia recibe beneficios de asistencia alimentaria, debe seguir las reglas que se enumeran a continuación. Cualquier miembro de su grupo de asistencia que rompa cualquiera de estas reglas a propósito puede ser excluido del Programa de Asistencia de Alimentos durante 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda violación y permanentemente por la tercera violación; Multado hasta \$ 250.000, encarcelado hasta 20 años, o ambos; Y sujeto a procesamiento bajo otras leyes federales aplicables. Un tribunal también puede impedirle el Programa de Asistencia Alimentaria por 18 meses adicionales.

- **No dé información falsa u ocultar información para obtener o continuar recibiendo beneficios de Asistencia Alimentaria.**
- **No negocie ni venda beneficios de asistencia alimentaria.**
- **No modifique el documento de autorización para obtener beneficios de asistencia alimentaria que no tiene derecho a recibir.**
- **No use los beneficios de asistencia alimentaria de otra persona para su hogar.**
- **No utilice los beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.**