



Formulario modificación subsidio familiar

Los cambios en la situación familiar pueden tener consecuencias para el subsidio familiar. Por favor, notifíquenos inmediatamente de cualquier cambio utilizando este formulario.

1. Sus datos

Apellidos:

Nombres (completos):

Isla:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

2. Tipo de Modificación

- | | | |
|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sus datos bancarios | <i>Completar en el número 3</i> |
| <input type="checkbox"/> | Mudanza | <i>Completar en el número 4</i> |
| <input type="checkbox"/> | El hijo(a) falleció | <i>Completar en el número 5</i> |
| <input type="checkbox"/> | Compensación de otra institución | <i>Completar en el número 6</i> |
| <input type="checkbox"/> | Otra modificación | <i>Completar en el número 7</i> |

3. Sus datos bancarios

Para recibir el subsidio familiar, debe tener una cuenta bancaria en Holanda Caribense.

Fecha modificación:

..... - -

Nombre del banco:

Isla:

Nueva cuenta bancaria*:

Tipo de cuenta:

- Cuenta corriente / checking
 Cuenta de ahorro / savings

* Adjunte un comprobante de sus datos bancarios (que incluya al menos su nombre y número de cuenta bancaria.)

4. Mudanza

Fecha de modificación: _____

¿Quién se muda? Usted mismo

Aquel con el que forma un hogar en conjunto *(por ejemplo, su compañero(a))*

Su hijo(a)*
Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Segundo hijo(a)*
Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Tercer hijo(a)*
Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección **nueva**: _____

Isla: _____

Nombre institución / cuidador/tutor *:

** Si su hijo se muda por razones médicas o educativas, usted debe adjuntar un certificado médico o escolar para demostrarlo.*

5. Fallecimiento hijo(a)

Nombre hijo(a): _____

Fecha de nacimiento de hijo(a): _____

Fecha de fallecimiento de hijo(a): _____

6. Compensaciones dobles

Fecha de modificación: _____

¿Qué se modificó? Su hijo(a) recibe una beca de estudios

Nombre hijo(s): _____

Usted recibe subsidio familiar desde fuera de Holanda Caribense

Nombre hijo(s):: _____

7. Otra modificación

Aclare a continuación la modificación.

8. Firma

Declaro que las respuestas a las preguntas son verdaderas.

La unidad SZW de RCN puede solicitar información a Burgerzaken (Asuntos Civiles), Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO) y al Sociale verzekeringsbank (SVB) para evaluar la modificación.

Su firma:

Fecha: - -