

Formulario de informe de cambios

| | | | | | |
|-----------------------|--|----------------|--|-------------------------|---------------|
| NOMBRE | | NÚMERO DE CASO | | | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR | | | | TELÉFONO DEL TRABAJADOR | |

Propósito

Este formulario se utiliza para informar a la agencia o la oficina tribal de su condado los cambios que pueden afectar el cumplimiento de los requisitos para recibir los beneficios o el nivel de los beneficios.

Instrucciones

Complete este formulario solo si tiene que informar cambios. Si recibe asistencia en efectivo o atención médica, **informe cualquier cambio dentro de los diez días**. Si recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), **informe los cambios antes del décimo día del mes siguiente al mes en que se produce el cambio**. Por ejemplo, si se produce un cambio en marzo, debe informarlo antes del 10 de abril. También puede llamar a su trabajador para informar un cambio. Si no sabe si debe informar o no un cambio, llame a su trabajador.

Nota – envíe el formulario completo a la agencia o a la oficina tribal de su condado

| | | | |
|-----------|--------|--------|---------------|
| DIRECCIÓN | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
|-----------|--------|--------|---------------|

Recuerde firmar e incluir la fecha. Utilice una hoja adicional si necesita más espacio. Si no conoce la dirección de la agencia o de la oficina tribal de su condado, llame a su trabajador.

Cambio de dirección (Debe enviar el comprobante del cambio)

Seleccione esta opción si esto no corresponde

Me mudé a/nos mudamos a:

| | | | | | |
|------------------------|--------|-------------------------|---------------------|--|--|
| CONDADO AL QUE SE MUDÓ | | CONDADO DEL QUE SE MUDÓ | | | |
| DIRECCIÓN | | TELÉFONO NUEVO | | | |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | FECHA DE LA MUDANZA | | |

¿Se mudó a una reservación? Sí No ¿Se mudó de una reservación? Sí No

Cambio de personas en mi hogar

Seleccione esta opción si esto no corresponde **Cantidad total de personas en mi hogar ahora:** _____

| | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------|---------------------|
| NOMBRE | RELACIÓN CON USTED | SE MUDÓ <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | SE CASÓ <input type="checkbox"/> | FALLECIÓ <input type="checkbox"/> | NACIÓ <input type="checkbox"/> | FECHA DEL CAMBIO | FECHA DE NACIMIENTO |
| NÚM. DE SEGURO SOCIAL | ¿TIENE INGRESOS? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | ¿FUENTE DE INGRESOS? | | ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE PAGAN? | | | |
| NOMBRE | RELACIÓN CON USTED | SE MUDÓ <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | SE CASÓ <input type="checkbox"/> | FALLECIÓ <input type="checkbox"/> | NACIÓ <input type="checkbox"/> | FECHA DEL CAMBIO | FECHA DE NACIMIENTO |
| NÚM. DE SEGURO SOCIAL | ¿TIENE INGRESOS? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | ¿FUENTE DE INGRESOS? | | ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE PAGAN? | | | |

¿Alguna de las personas nuevas que están en su hogar compran, preparan o comen comidas con usted?

Sí No

En caso afirmativo, indique el(los) nombre(s) _____

Cambio en los ingresos (Tipos de comprobantes: talones de pago, formulario para informar fin de un trabajo, etc.)

Seleccione esta opción si esto no corresponde

Empezó a trabajar

| | | | | |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|
| NOMBRE | | FECHA DE INICIO | FECHA DEL PRIMER PAGO | |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | NECESITA CUIDADO DE NIÑOS O DE ADULTOS <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | \$ POR HORA | FRECUENCIA DE PAGO | HORAS TRABAJADAS POR SEMANA |

Dejó de trabajar

| | | |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| NOMBRE | ÚLTIMO DÍA TRABAJADO | FECHA DEL ÚLTIMO PAGO RECIBIDO |
| MOTIVO POR EL QUE DEJÓ EL TRABAJO | NOMBRE DEL EMPLEADOR | |

Cambio en la cantidad de horas o en el pago

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|
| NOMBRE | MOTIVO | | |
| CAMBIO DE SUELDO <input type="radio"/> Aumento <input type="radio"/> Reducción | NUEVO SALARIO POR HORA | FECHA DEL PRIMER PAGO CON CAMBIO DE SUELDO | |
| CAMBIO DE HORAS <input type="radio"/> Aumento <input type="radio"/> Reducción | NUEVAS HORAS POR SEMANA | FECHA DEL CAMBIO DE HORAS | FECHA DE PRIMER PAGO CON CAMBIO |

Otros ingresos

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|-------------|
| NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA | FECHA DE INICIO | MONTO | FECHA FINAL |
| <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguro de accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo Insurance <input type="checkbox"/> Adm. de Veteranos <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Manutención de menores <input type="checkbox"/> Lesión personal <input type="checkbox"/> Escuela, becas, etc. <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Cambio en los gastos de vivienda (Tipos de comprobantes: recibo, factura)

Seleccione esta opción si esto no corresponde

Costos de vivienda

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|---------------------|-----------|
| <input type="radio"/> Alquiler <input type="radio"/> Hipoteca | NUEVO MONTO | FECHA DEL CAMBIO | SEGURO | IMPUESTOS |
| ¿SON COMPARTIDOS O SUBSIDIADOS LOS COSTOS? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE EL COSTO TOTAL | | ¿CUÁNTO PAGA USTED? | |
| SE HAN PRODUCIDO CAMBIOS EN LAS SIGUIENTES ÁREAS <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Aire Acondicionado <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> Agua y alcantarillado | | | | |

¿Recibe fondos del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)? Sí No

Cambio en ahorros o propiedades (Tipos de comprobantes: estados de cuenta del banco, declaración de propiedades)

Dinero en efectivo y atención médica solamente Seleccione esta opción si esto no corresponde

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros o de cheques, certificados de depósito, cuentas de jubilación individuales (IRAs), etc.. <input type="radio"/> Abierto \$ _____ <input type="radio"/> Cerrado | | |
| <input type="checkbox"/> Terrenos o edificios | LUGAR | |
| <input type="radio"/> Comprado <input type="radio"/> Vendido | CANTIDAD PAGADA/RECIBIDA | FECHA DE PAGO/RECEPCIÓN |

Cambio en vehículos (Tipos de comprobantes: factura de venta, certificado de propiedad)

Dinero en efectivo y atención médica solamente Seleccione esta opción si esto no corresponde

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------|
| Informe si compró, vendió, cambió, le regalaron o regaló cualquier tipo de vehículo (como autos, furgonetas, camiones, motocicletas, vehículos todoterreno, barcos). | | | | |
| <input type="checkbox"/> Comprado por alguien del hogar o regalado a alguien del hogar | | <input type="checkbox"/> Vendido, transferido o regalado por alguien del hogar | | |
| MIEMBRO DEL HOGAR | | FECHA DE LA TRANSACCIÓN | DINERO RECIBIDO SI SE VENDIÓ | |
| TIPO DE VEHÍCULO | MARCA | MODELO | AÑO | VALOR |

Otros cambios

Seleccione esta opción si esto no corresponde

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|
| Se han producido cambios en las siguientes áreas: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico | <input type="checkbox"/> Gastos médicos | <input type="checkbox"/> Acción legal | <input type="checkbox"/> Gastos de cuidado de menores o de adultos | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |
| EXPLICAR | | | | |
| <input type="checkbox"/> Recibió tarjeta del Seguro Social para _____ el _____ Seguro # _____ | | | | |