



Sus requisitos  
al informar  
cambios

## No se arriesgue...; Informe los cambios!

Usted puede informarnos de algún cambio en línea en cualquier momento en:

<https://myfamilybenefits.azdes.gov>

O - [www.healtharizonaplus.gov](http://www.healtharizonaplus.gov)

- O -
1. Usted puede informarnos de un cambio llamando al Centro de atención al cliente al 1-855-432-7587.
  2. Al enviar su información por fax al Servidor de fax centralizado: si envía desde los códigos de área 480, 602, 623, mandar por fax al 602-257-7031 o si envía por fax desde cualquier otro código de área, use el número gratuito 1-844-680-9840. Por favor incluya su nombre en letra de molde y el caso o número de identificación de la aplicación en cada documento que envíe por fax.
  3. Enviando su información al Department of Economic Security en la dirección: P. O. Box, 19009, Phoenix, AZ 85005-9009
  4. En persona, al llevar su información al Department of Economic Security, Administración de Asistencia Familiar oficina local.

### INFORME ESTÁNDAR

¿Qué tipos de cambios TIENEN que ser presentados para el Informe Estándar?

(La tabla a continuación muestra lo que usted debe presentar por cada tipo de asistencia que recibe)

TIPO DE CAMBIOS PARA INFORMAR	CA	NA	MA
<b>Cambio de domicilio</b> Se mudó o se reubicó a otro domicilio	SÍ	SÍ	SÍ
<b>Cambios en miembro(s) del hogar</b> Mudándose para o fuera del hogar	SÍ	SÍ	SÍ
<b>Cambios del estado civil</b> Cualquier miembro de su hogar	SÍ	NO	SÍ
<b>Asistencia escolar</b>	SÍ	NO	NO
<b>Asistencia escolar (niños de 16 o más años de edad)</b>	NO	NO	SÍ
<b>Gastos de cuidado de un dependiente (Cuidado de niños)</b>	SÍ	NO	NO
<b>Gastos de vivienda</b> Cuando haya notificado un cambio de domicilio	SÍ	SÍ	NO
<b>Ingresos</b> Trabajo autónomo/salarios, manutención de menores, SSI, etc.	SÍ	SÍ	SÍ
<b>Recursos</b> Ejemplos de los tipos de recursos, pero sin limitarse a: ahorros, plan de pensión, 401K	SÍ	SÍ	NO
<b>Gastos médicos</b> *Para NA- sólo se requiere para las personas con discapacidades o de la tercera edad	NO	SÍ*	NO

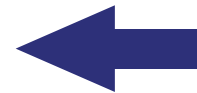
**\*\* Cambios de Ingreso para la Asistencia Alimentaria (NA)**

Usted **TIENE** que informar de los cambios en su ingreso mensual cuando el cambio es más de **\$100**

### INFORME SENCILLO

¿Qué tipos de cambios TIENEN que ser presentados para el Informe Sencillo?

**Asistencia Médica (MA)**  
El Informe Sencillo no aplica  
(Para MA, vea los requisitos del Informe Estándar)



**Asistencia en Efectivo (CA)**  
**SOLO** tiene que informar de los cambios cuando sus ingresos exceden el 36% del Índice Federal de Pobreza, lo cual es más que el pago de CA que usted tiene derecho a recibir

**Cambios de Ingreso para la Asistencia Alimentaria (NA)**  
**SOLO** tiene que informar de los cambios cuando sus ingresos exceden el 130% del Índice Federal de Pobreza actual

### ¿Cómo se puede enterar cuáles son sus requisitos para cambiar informes?

- ✓ Guarde los avisos de aprobación. ¡Estos le indicarán los requisitos de informar los cambios!
- ✓ Visite <https://myfamilybenefits.azdes.gov>
- ✓ Llame a la línea de atención al cliente al: 1-855-432-7587
- ✓ Asistencia Médica siempre es Informe Standar.

### ¿Cuánto plazo tiene para notificar cambios?

- **Asistencia en Efectivo (CA) y Asistencia Alimentaria (NA)** — Usted **TIENE** que informar de los cambios a más tardar el día 10 después del mes del cambio.

#### **Ejemplo:**

Se le ofreció un nuevo trabajo el 2 de junio para comenzar el 5 de junio. Usted **TIENE** que informarle al DES del nuevo trabajo a más tardar el 10 de julio

- **Seguro Médico de AHCCCS o Asistencia Médica (MA)** — Usted **TIENE** que notificar los cambios dentro de **10 días**

#### **Ejemplo:**

Se le ofreció un nuevo trabajo el 2 de junio para comenzar el 5 de junio. Usted **TIENE** que informarle al DES del nuevo trabajo al más tardar el 12 de junio

### El no informar de los cambios requeridos puede resultar en lo siguiente:

- **Un pago insuficiente** — recibió **menos beneficios** de los que tenía derecho a recibir
- **Un pago en exceso** — recibió **más beneficios** de los que tenía derecho a recibir y **TIENE** que reembolsar
- **Una violación intencional del programa** — usted no tendrá derecho a recibir beneficios

## NO SE ARRIESGUE...¡Informe los cambios!

El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades • Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de igualdad de oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office