

**ARIZONA DEPARTMENT
OF ECONOMIC SECURITY
Administración de
Asistencia para Familias
INFORME DE CAMBIOS**

**SOLO PARA USO
OFICIAL**

DATE RECEIVED:

HOW RECEIVED:

Phone Fax Mail

MESSAGE RECEIVED BY:

**Vea la páginas 36-38 para
leer las declaraciones de
USDA/EOE/ADA/LEP/GINA**

Solamente debe llenar las secciones que se aplican a los cambios de que nos informa.

Para reportar cambios en las circunstancias domésticas, complete y devuelva o envíe por fax este formulario y cualquier prueba de los cambios al (602) 257-7031 al enviar por fax de los códigos de área 602, 480 o 623; o al 1-844-680-9840 al enviar fax desde cualquier otro código de área. También puede proporcionar una

prueba de sus cambios en la oficina de FAA. Para agregar un programa a su caso actual, visite cualquier oficina de Administración de Asistencia para Familias (Family Assistance Administration/FAA) del Departamento de Seguridad Económica (DES) o de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés) Tribal. Se puede encontrar una lista de oficinas de la FAA en

<https://eol.azdes.gov>

También puede solicitar en línea en [www.](http://www.healthearizonaplus.gov)

Healthearizonaplus.gov o llamando al 1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587).

● Informes Estándar

- **Asistencia Nutricional (NA), Asistencia en Efectivo (CA/TANF) – Usted debe informar acerca de los cambios antes del día calendario 10^o después del mes en lo que ocurrió el cambio.**
- **Seguro de Salud/Asistencia Médica**

(MA) – Siempre debe informar dentro de 10 días calendarios del día que usted sepa del cambio. Llene las secciones que se aplican a los cambios de que nos informa.

- **Informes Simplificados – Mientras el periodo de aprobación para NA y/o CA solamente debe hacer un informe acerca de sus ingresos brutos ganados o no ganados (antes de deducciones) es mas del limite de ingresos**

para el tamaño de su familia para NA y/o CA (*vea las tablas en publicación "Su requisitos de reportaje de cambios," PAF-558*).

NOMBRE (*Apellido, nombre, S.I.*):

NÚM. DEL CASO:

NÚM. DE SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE CAMBIO:

**DIRECCIÓN NUEVA/
CAMBIOS DEL NUMERO
DE TELÉFONO –
*Adjunte prueba de
cantidades nuevas de
la renta, hipoteca y
servicios públicos.***

**DIRECCIÓN
RESIDENCIAL (*Núm.,
calle, ciudad, estado,
código postal*):**

**TEL. DE LA CASA O PARA
MENSAJES:**

**DIRECCIÓN POSTAL,
SI ES DIFERENTE DE
LA ARRIBA (*Casilla de
correos, núm., calle,
ciudad, estado, código
postal*):**

**CONDADO EN QUE VIVE
USTED:** _____

**FECHA DEL CAMBIO EN
COSTO:** _____

**COSTO NUEVO DE LA
RENTA O VIVIENDA:**

\$ _____

YO PAGO POR: Agua
Teléfono
Electricidad Gas
Otro Ninguno

**FUENTE DE CALEFACCIÓN
Y REFRIGERACIÓN:**

A/C

Enfriamiento por
evaporación

Calefacción central

Calentadores portátiles

Otro

NOMBRE DEL DUEÑO:

DIRECCIÓN DEL DUEÑO

***(Núm., calle, ciudad,
estado, código postal):***

NÚM. DE TELÉFONO:

CAMBIOS DE INGRESOS
– Adjunte prueba

INGRESOS GANADOS
– El pago que recibe usted por trabajar en un trabajo permanente o temporal, tareas sueltas, negocio propio, cuidado de niños, propinas, etc.

**es ingreso ganado.
Si usted recibe SÓLO
Asistencia Alimenticia
(NA), y está asignado al
requisito del Informes
Estándar, debe hacer un
informe a cerca de los
cambios en sus ingresos
ganados que sean más
de \$100 por mes.**

| NOMBRE DE PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO | NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR | TELÉFONO DEL EMPLEADOR | EL INGRESO |
|--|---|------------------------------------|--|
| | | | Inicio Paro Cambio Fecha: |
| | | | Inicio Paro Cambio Fecha: |
| PAGO POR HORA NUEVA | PROPINAS POR SEMANA | HORAS SEMANALES QUE TRABAJA | FRECUENCIA DE PAGO |
| \$ | \$ | | |
| \$ | \$ | | |

INGRESOS NO GANADOS

– El pago que recibe usted de los beneficios de desempleo, beneficios de veteranos, discapacidades, jubilación/pensiones, regalos, contribuciones, sustento para menores, sustento conyugal, asistencia medica, asistencia de SSA, SSI, o BIA, dinero de huéspedes o inquilinos, ingresos educativos, ganancias, arrendamiento de tierras, interés,

subsidios para servicios públicos o de vivienda gratis, etc., es ingresos no ganados. Si usted recibe SÓLO Asistencia Nutricional (NA), y está asignado al requisito del Informes Estándar, debe hacer un informe a cerca de los cambios en sus ingresos ganados que sean más de \$50 por mes.

| NOMBRE DE PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO | EL INGRESO | TIPO DE INGRESO | CANTIDAD RECIBIDA |
|--|--|------------------------|--------------------------|
| | Inicio Paro Cambio Fecha: | | \$ |
| | Inicio Paro Cambio Fecha: | | \$ |
| FRECUENCIA DEL INGRESO | PERSONA DE CONTACTO | | NÚM. DE TELÉFONO |
| | | | |
| | | | |

CAMBIOS DEL MIEMBRO DE HOGAR – *Adjunte prueba* de ingresos y recursos para miembros nuevos incluso niños y recién nacidos. Hacer un informe cuando alguien se instale a o se traslade de su hogar, cuando un miembro de hogar esté en el hospital, cuando usted o un miembro de su hogar tenga un bebé, la muerte de un miembro de hogar, un cambio del estado civil de usted o un miembro de hogar, o si un padre/madre ya no está discapacitado/a.

| NOMBRE COMPLETO <i>(Apellido, nombre, S.I.)</i> | RELACIÓN CON USTED | FECHA DE NACI. o FALLECIMIENTO | NÚM. DE SEG. SOC. <i>(Opcional si no solicita)</i> |
|---|--|---------------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| Agregue a su CA, NA o MA | MARQUE SI LA PERSONA ES | | FECHA TRASLADA |
| CA NA MA | Embarazada Discapacitado Ciudadano de EE.UU. Estudiante Que recibe dinero | | Llegó: Se fue: |
| CA NA MA | Embarazada Discapacitado Ciudadano de EE.UU. Estudiante Que recibe dinero | | Llegó: Se fue: |

CAMBIOS DE DECLARACIÓN FEDERAL DE CONTRIBUCIONES

¿Alguien planea declarar contribuciones federales sobre ingresos?

Sí No

Si es así, ¿quién?

¿Reclamará dependientes en su propia declaración?

Sí No

Si es así, indique nombres de dependientes:

¿Se le reclamará a usted como dependiente en una declaración ajena?

Sí No

Si es así, indique contribuyente que le reclamará como dependiente:

ESTADO CONTRIBUTIVA:
Jefe de familia
Viudo/a calificado/a
Soltero/a
Casados-Declaraciones Separadas
Casados-Declaración Conjunta

(Nombre de cónyuge):

**CAMBIOS DE RECURSOS –
Adjunte prueba. Debe hacer
un informe acerca de todos
los recursos que cumplan
o excedan al límite de
recursos para los beneficios
que recibe su hogar:
\$2,000 para Asistencia
en Efectivo o \$2250 para
Asistencia Nutricional, o
\$3,500 por hogar que reciba
Asistencia Nutricional con
al menos un miembro de
60 años o más; \$1,000
soltero(a), o \$1,400 dos o
más para Asistencia Estatal.**

**NOMBRE DE LA PERSONA
(Apellido, nombre, S.I.):**

**NOMBRE DEL BANCO/
COOPERATIVA DE
CRÉDITO/SOCIEDAD DE
AHORRO Y PRÉSTAMO:**

**¿CUÁL HA CAMBIADO?
(Marque todo lo que
corresponda)**

Cuenta nueva

Cuenta cerrada

Depósito

Retiro

Efectivo

De cheques

Ahorros

Acciones/

Bonos

IDA

Otro

NÚM. DE LA CUENTA (*Si es de cheques, ahorros o IDA*): _____

CANTIDAD: \$ _____

FECHA DEL CAMBIO (*De cheques, ahorros, otro*):

FECHA QUE ABRIÓ O CAMBIÓ IDA: _____

Llena las cajas abajo si alguien en su hogar ha recibido, comprado, vendido, cambiado o regalado cualquier vehículo, RV, ATV o propiedad.

**NOMBRE DE LA PERSONA
(Apellido, nombre, S.I.):**

TRANSACCIÓN:

Recibido

Comprado

Vendido

Cambiado

Regalado

**DESCRIPCIÓN DE
VEHICULO, RV, BARCO O
PROPIEDAD:**

ACTUALMENTE

REGISTRADO: Sí No

VALOR CORRIENTE:

\$ _____

CANTIDAD PAGADA:

\$ _____

CANTIDAD DEBIDA:

\$ _____

FECHA DE CAMBIO:

**CAMBIOS EN LOS
GASTOS – *Adjunte
prueba.* Haga un
informe de los cambios
en la cantidad mensual
de los gastos de
Cuidado de dependiente
que se le fractura
para el cuidado de un
niño o un adulto con**

discapacidades para que usted pueda trabajar, buscar trabajo, asistir a entrenamiento o escuela. SOLAMENTE para hogares que reciben Asistencia Alimenticia – si usted paga sustento para menores por orden judicial debe hacer un informe de cambios de \$50 o más en la cantidad de su sustento para menores mensual por orden judicial.

| TIPO DE GASTO | EL GASTO | CANTIDAD MENSUAL | |
|--|--|--|---------------|
| | | Facturada | Pagada |
| Sustento para menores Cuidado de dependiente Médico | Inicio Paro Cambio Fecha: | \$ | \$ |
| Sustento para menores Cuidado de dependiente Médico | Inicio Paro Cambio Fecha: | \$ | \$ |
| NOMBRE DE LA PERSONA(S) O COMPAÑÍA(S) QUE USTED DEBE O HA PAGADO POR ESTE GASTO | NÚM. DE TELÉFONO | NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO (Apellido, nombre) | |
| | | | |
| | | | |

**CAMBIOS EN ASISTIR A LA ESCUELA
 – *Adjunte prueba.* Debe hacer un
 informe acerca de los cambios en
 asistir a la escuela para cualquiera
 persona en su hogar.**

| NOMBRE DE LA PERSONA <i>(Apellido, nombre, S.I.)</i> | NOMBRE DE LA ESCUELA Y NÚM. DE TELÉFONO | TIPO DE CAMBIO | FECHA DE GRADUACIÓN |
|--|--|--------------------------------------|----------------------------|
| | | Inicio la escuela Paro la escuela | |
| | | Inicio la escuela Paro la escuela | |

CONTINUACIÓN DE LOS CAMBIOS

**¿Van a seguir los
cambios de que usted
reporta durante el mes
que entra? Sí No**
***Sí la respuesta es no,
por favor explique:***

**INFORMACIÓN
IMPORTANTE, POR
FAVOR, LÉALO**

Si usted intencionalmente oculta información sobre cambios en su hogar o proporciona información falsa, le deberá al Departamento de Seguro Económico el valor de cualesquiera beneficios extras que no usted no tiene derecho de recibir. Podrá estar sujeto a sanciones y/o acusación criminal bajo leyes estatales y federales.

- **ASISTENCIA NUTRICIONAL. Si usted o algún miembro de su familia se encuentra**

culpable de una violación intencional del programa, usted será descalificado por 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa, y podrá estar sujeto a acusación adicional bajo otras leyes estatales y federales. Usted o esa persona también podrá ser multado por un máximo de \$250,000,

encarcelado hasta 20 años, o ambos, y el tribunal puede prohibir su participación en el programa de Asistencia Alimenticia durante 18 meses adicionales.

- **ASISTENCIA EN EFECTIVO. Si usted o algún miembro de su familia se encuentra culpable de una violación intencional del programa, usted será descalificado por 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la**

segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa, y podrá estar sujeto a acusación adicional bajo otras leyes estatales y federales.

- **ASISTENCIA MÉDICA. Usted no habrá de proporcionar información falsa ni ocultar información a sabiendas con el propósito de recibir o seguir recibiendo Asistencia Médica. Si la información que usted proporciona**

es incorrecta, la Asistencia Médica podría ser denegada o terminada. Si usted y/o su representante se encuentra culpable de haber proporcionado información falsa a sabiendas, usted y/o su representante estarán sujetos a acusación criminal, lo cual podría resultar en multas, encarcelamiento y/u otras penalidades bajo la ley estatal o federal.

También le pueden requerir que reembolse a AHCCCS la cantidad de beneficios pagados durante el plazo de inelegibilidad.

La información provista en este formulario puede aumentar, reducir, suspender o terminar sus beneficios en Asistencia Alimenticia, Asistencia en Efectivo o de Asistencia Médica. Se le enviará un aviso por separado.

**POR FAVOR FIRME
Y FECHÉ ESTE
FORMULARIO ANTES DE
DEVOLVERLO**

FIRMA: _____

FECHA: _____

**SOLO PARA
USO OFICIAL**

CHANGES REPORTED BY:

ACTION REQUIRED:

FS CA GA MA

NO ACTION REQUIRED:

FS CA GA MA

EI'S COMPLETION DATE:

EI'S INITIALS: _____

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.