

**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:

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

Vea la página 23 para leer las declaraciones de USDA/EOE/ADA/LEP/GINA

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.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° 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.