

**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://des.az.gov/office-locator>. También puede solicitar en línea en [www.Healthearizonaplus.gov](http://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.**

- **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**

**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.**

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

**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.**

<b>NOMBRE DE PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO</b>	<b>EL INGRESO</b>	<b>TIPO DE INGRESO</b>	<b>CANTIDAD RECIBIDA</b>
	<b>Inicio</b> <b>Paro</b> <b>Cambio</b> <b>Fecha:</b>		\$
	<b>Inicio</b> <b>Paro</b> <b>Cambio</b> <b>Fecha:</b>		\$
<b>FRECUENCIA DEL INGRESO</b>	<b>PERSONA DE CONTACTO</b>		<b>NÚM. DE TELÉFONO</b>

**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.**

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

## **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 y más o discapacitado; \$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.**

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

**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.***

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

## **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:**

**NA CA TC MA**

**NO ACTION REQUIRED:**

**NA CA TC 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.**