

SOLO PARA USO OFICIAL

DATE RECEIVED: _____
HOW RECEIVED: _____
Phone Fax Mail
MESSAGE RECEIVED BY: _____

INFORME DE CAMBIOS

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://des.az.gov/office-locator>. 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^o 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.

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

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	FRECUENCIA DEL INGRESO	PERSONA DE CONTACTO	NÚM. DE TELÉFONO
	Inicio Paro Cambio Fecha:		\$			
	Inicio Paro Cambio Fecha:		\$			

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 (Apellido, nombre, S.I.)	RELACIÓN CON USTED	FECHA DE NACI. o FALLECIMIENTO	NÚM. DE SEG. SOC. (Opcional si no solicita)	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 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: VALOR CORRIENTE: CANTIDAD PAGADA: CANTIDAD DEBIDA: FECHA DE CAMBIO:
 Sí No \$ _____ \$ _____ \$ _____

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 factura 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		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 (<i>Apellido, nombre</i>)
		Facturada	Pagada			
Sustento para menores Cuidado de dependiente Médico	Inicio Paro Cambio Fecha:	\$	\$			
Sustento para menores Cuidado de dependiente Médico	Inicio Paro Cambio Fecha:	\$	\$			

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 *Si 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: _____ NO ACTION REQUIRED: _____ EI'S COMPLETION DATE: _____ EI'S INITIALS: _____
 NA CA TC MA NA CA TC MA

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.