



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

- 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

¿Cómo se puede enterar de cuáles son los requisitos del Informe Estándar?

- ✓ 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

¿Qué tipos de cambios TIENEN que ser presentados por ser requisitos del Informe Estándar por cada programa que usted recibe?

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

¿Cuánto plazo tiene para notificar de los cambios para el Informe Estándar?

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

Ejemplo:

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

- **Seguro Médico de AHCCCS o Asistencia Médica (MA) y TANF Tribal** – Usted **TIENE** que dar notificación de todos los cambios dentro de 10 días

Ejemplo:

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

El no informar de los cambios requeridos del Informe Estándar 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

Cambios de Ingreso para la Asistencia Alimentaria (NA)

Usted **TIENE** que informar de los cambios en su ingreso mensual cuando el cambio es mas de **\$100** en ingresos no ganados (ingreso del Seguro Social, manutención de menores, etc.)

O más de **\$100** en ingresos ganados (salarios, trabajo autónomo)

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

- 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 SENCILLO

¿Cómo se puede enterar de cuáles son los requisitos del Informe Sencillo?

- ✓ Guarde los avisos de aprobación. ¡Estos le indicarán el 130% del Nivel de Pobreza Federal para su hogar!
- ✓ Visite <https://myfamilybenefits.azdes.gov>
- ✓ Llame a la línea de atención al cliente al: 1-855-432-7587

¿Qué tipos de cambios TIENEN que ser presentados por ser requisitos del Informe Sencillo por cada programa que usted recibe?

TIPO DE CAMBIOS PARA INFORMAR	CA	NA	MA
Ingresos Ingresos ganados: trabajo autónomo o salarios. , etc. Ingresos no ganados: manutención de menores, SSI, etc.	SÍ	SÍ	***

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 1992 Índice Federal de Pobreza

*****Asistencia Médica (MA)**
El Informe Sencillo no se emplea a la MA, sin embargo, si usted recibe MA los cambios de ingreso **TIENEN** que ser presentados.
(Para MA, vea los requisitos del Informe Estándar en el reverso)

¿Cuánto plazo tiene para notificar de los cambios para el Informe Sencillo?

- **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:

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

- **Seguro Médico de AHCCCS o Asistencia Médica (MA) y TANF Tribal** – Usted **TIENE** que dar notificación de todos los cambios dentro de **10 días**

Ejemplo:

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

Cuando sus ingresos mensuales brutos exceden 130% del Nivel de Pobreza Federal y no nos informa de los cambios requeridos para el Informe Sencillo, 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