

INFORME DE CAMBIOS

Nombre (Apellido, Nombre, S.I.) _____ Núm. de teléfono _____

Núm. Seg. Soc. (Opcional) _____ Núm. de ID del cliente: _____ ¿Nuevo núm. de teléfono? Sí No

CAMBIO DE DIRECCIÓN

¿Ha cambiado su dirección? Sí No *En caso afirmativo, llene esta sección.*

Dirección residencial (Núm. Calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal (Núm., Calle o P.O. Box) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

SU SITUACIÓN DE EMPLEO Y GANANCIAS

¿Ha cambiado su situación de empleo o ingresos? Sí No *En caso afirmativo, proporcione verificación actual.*

NOMBRE Y NÚM. DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	SALARIO POR HORA	HORAS POR SEMANA	¿FRECUENCIA DE PAGO?
1.					
2.					
3.					

SU SITUACIÓN DE INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO

¿Han cambiado sus ingresos no derivados del trabajo? Sí No *En caso afirmativo, proporcione verificación actual.*

NOMBRE DEL PADRE O CUIDADOR	FUENTE DE INGRESOS	FECHA INICIAL	CANTIDAD MENSUAL
1.			
2.			
3.			

CAMBIO EN LOS MIEMBROS DEL HOGAR

NOMBRE	RELACIÓN CON USTED Y SU(S) NIÑO(S)	MUDANZA (Selecciona una)	FECHA	RAZÓN
1.		Entrada Salida		
2.		Entrada Salida		
3.		Entrada Salida		
4.		Entrada Salida		

CAMBIO EN PROVEEDORES DE CUIDADO DE NIÑOS

Todos los niños Solo niños indicados aquí	NOMBRE DEL PROVEEDOR NUEVO	DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NÚM. DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR	ÚLTIMO DÍA CON PREVIO PROVEEDOR	PRIMER DÍA CON NUEVO PROVEEDOR
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

CAMBIO EN OTROS FACTORES DE ELEGIBILIDAD

¿Hay algún cambio en la condición médica, alojamiento en refugios para personas sin hogar o víctimas de violencia doméstica, o en actividades educativas y de capacitación (si corresponde) para usted o cualquier persona en su hogar?

Sí No *En caso afirmativo, explique:* _____

Nombre de la persona afectada _____ Fecha _____

Descripción del cambio _____

Las declaraciones hechas en este formulario por mí o en mi nombre son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que seré responsable de cualquier sobrepago que se produzca por presentar información falsa u ocultar hechos importantes a fin de cumplir con requisitos para los servicios y que pueda ser acusado de fraude conforme a A.R.S. §13-2311, un delito grave de categoría 5.

Firma _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO)

Signature of CCA Specialist (if information taken over phone): _____ Date _____

Programa y Empleador con 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, llame al 602-542-4248; 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 online or in your local office.