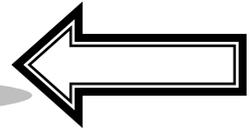


No se arriesgue... ¡Informe los cambios!

Usted puede informarnos de algún cambio en línea en cualquier momento en:

www.azdes.gov/MyFamilyBenefits

- O – si usted tiene una cuenta en línea: www.healthearizonaplus.gov
- O – informe el cambio a su oficina local: por escrito, en persona, por teléfono, O mandar por fax a 602-257-7031 cuando llame de los códigos (480, 602, 623) cualquier otro código mande el fax a la línea gratis 1-844-680-9840. Incluya su nombre en letra de molde el caso/número de ID en cada documento.
- O – usted puede informarnos de un cambio al centro de cambios por escrito: P.O. Box 19009, Phoenix, AZ 85005
- O - por teléfono a la línea de atención al cliente: 1-855-432-7587



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 www.azdes.gov/MyFamilyBenefits
- ✓ 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	SÍ	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

Cambios de Ingreso para la Asistencia Alimentaria (NA)

Usted **TIENE** que informar de los cambios en su ingreso mensual cuando el cambio es más de **\$50** en ingresos no ganados (ingreso del Seguro Social, manutención de menores, etc.)

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

¿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



No se arriesgue... ¡Informe los cambios!

Usted puede informarnos de algún cambio en línea en cualquier momento en:

www.azdes.gov/MyFamilyBenefits

- O** – si usted tiene una cuenta en línea: www.healthearizonaplus.gov
- O** – informe el cambio a su oficina local: por escrito, en persona, por teléfono, **O** mandar por fax a 602-257-7031 cuando llame de los códigos (480, 602, 623) cualquier otro código mande el fax a la línea gratis 1-844-680-9840. Incluya su nombre en letra de molde el caso/número de ID en cada documento.
- O** – usted puede informarnos de un cambio al centro de cambios por escrito: P.O. Box 19009, Phoenix, AZ 85005
- O** – por teléfono a la línea de atención al cliente al: 1-855-432-7587



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

- ✓ Guarde los avisos de aprobación. ¡Estos le indicarán los requisitos de informar los cambios!
- ✓ Visite www.azdes.gov/MyFamilyBenefits
- ✓ 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.	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>***</i>

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 del mes después del cambio.

Ejemplo:

- Se le ofreció un nuevo trabajo el 2 de junio para comenzar el 5 de junio
- 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:

- Se le ofreció un nuevo trabajo el 2 de junio para comenzar el 5 de junio
- 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

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. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. 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. • El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades. • Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de igualdad de oportunidades. • Available in English on-line or at the local office.