



## Formulario de notificación de cambios

Utilice este formulario para notificar cambios en su grupo familiar. La División de Asistencia Pública necesita ser informada de estos cambios para que podamos determinar la continuidad de su elegibilidad para la asistencia y el monto de los beneficios.

Se deben notificar los cambios en un plazo de 10 días a partir del momento en que se tiene conocimiento de los mismos (*5 días en caso de que un niño abandone el hogar si usted recibe Asistencia Temporal*). Adjunte una constancia del cambio si la tiene.

**Si su grupo familiar solo recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), solo tiene que notificar cuando los ingresos brutos totales de su grupo familiar superen el límite de ingresos para el tamaño de su grupo familiar, si alguien de este grupo tiene ganancias provenientes de la lotería o de apuestas de \$3,500 o más en un solo juego, y si las horas de trabajo de un miembro del grupo familiar se reducen a menos de 20 horas por semana si están sujetas al límite de tiempo del ABAWD.**

Nombre \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social o número de caso \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de beneficios de Asistencia Pública recibe su grupo familiar? Marque la casilla: N.º de teléfono principal \_\_\_\_\_

- Asistencia Temporal de Alaska       SNAP       Asistencia Pública para Adultos  
 Medicaid       Beneficios para Personas de la Tercera Edad       CAMA

### Cambio en el empleo

¿De quién ha sido el cambio en el empleo? \_\_\_\_\_

Fecha del cambio \_\_\_\_\_  Finalización del empleo     Inicio del empleo     Empleo a tiempo completo

Empleo a tiempo parcial

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

Horas por semana \_\_\_\_\_ Tarifa de pago \$ \_\_\_\_\_ por hora    O    \$ \_\_\_\_\_ por mes

¿Frecuencia de pago? \_\_\_\_\_ (semanal, quincenal, dos veces al mes, mensual)

Si se trata de un trabajo nuevo, ¿cuándo espera recibir el primer cheque? \_\_\_\_\_

¿Espera que este cambio en el empleo dure por los próximos dos meses?  SÍ  NO

**Cambio en los ingresos no devengados superiores a \$50 al mes** (*manutención infantil, desempleo, seguro social, compensación de los trabajadores, beneficios de veteranos, etc.*)

¿Quién lo recibe? \_\_\_\_\_ Monto \$ \_\_\_\_\_

¿Cuándo se recibe? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la fuente de esos ingresos? \_\_\_\_\_

### Alguien entró o salió del grupo familiar

¿Quién se mudó? \_\_\_\_\_ ¿Entró o salió?  ENTRÓ  SALIÓ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Parentesco con usted \_\_\_\_\_ ¿Compra y prepara esta persona la comida con usted?  SÍ  NO

¿Quiere que esta persona sea incluida en sus beneficios?  SÍ  NO Si la respuesta es SÍ proporcione la siguiente información:

N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ¿Ciudadano de los EE. UU.?  SÍ  NO

¿Inmigrante legal?  SÍ  NO Tipo de documento migratorio y número de identificación \_\_\_\_\_

**Cambio en el estado del embarazo:**

¿Qui é n est á embarazada? \_\_\_\_\_

¿Cu á es la fecha probable de parto? \_\_\_\_\_ ¿Cu ántos beb é s espera en este embarazo? \_\_\_\_\_

**Se mud ó o tiene una direcci ó n postal nueva.**

Nueva direcci ó n residencial \_\_\_\_\_

Nueva direcci ó n de correo postal \_\_\_\_\_

Fecha de la mudanza \_\_\_\_\_ ¿Cu áes son los gastos de su vivienda nueva? \_\_\_\_\_

¿Qu é servicios p ú blicos tiene que pagar? \_\_\_\_\_

**Alguien consigui ó un veh í culo** (*autom óviles, camionetas, botes, motocicletas, veh í culos recreativos (RV), veh í culos todoterreno (ATV), motos de nieve, etc.*)

¿Qui é n? \_\_\_\_\_ ¿Cu ándo? \_\_\_\_\_

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ A ño \_\_\_\_\_

Valor \$ \_\_\_\_\_ Monto adeudado \$ \_\_\_\_\_

¿C ó mo se utilizar á este veh í culo? \_\_\_\_\_

¿Reemplaz ó alg ú n veh í culo?  S Í  NO Si la respuesta es S Í explique: \_\_\_\_\_

**El grupo familiar tiene ahora un total combinado de \$2,000 o m á s en efectivo y dinero en cuentas bancarias**

Explique: \_\_\_\_\_

**Cambio en la obligaci ó n legal de pagar manutenci ó n infantil**

¿Qui é n de su grupo familiar paga manutenci ó n infantil? \_\_\_\_\_ Monto por mes \$ \_\_\_\_\_

**Cambio en la cobertura m é dica** (*s ño para beneficiarios de Medicaid*)

Nombre(s) \_\_\_\_\_

¿La cobertura comenz ó o ces ó?  COMENZÓ  CESÓ Fecha de entrada en vigencia del cambio \_\_\_\_\_

Nombre y direcci ó n de la compa ñ í a de seguros \_\_\_\_\_

**Otros cambios, explique**

**Firme a continuaci ó n**

Bajo pena de perjurio, certifico que la informaci ó n contenida en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que es posible que se me exija una constancia de los cambios que he notificado.

Firma de la persona que completa el formulario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Una vez completado, este formulario de notificaci ó n de cambios y la constancia relacionada deben ser presentados en cualquier [oficina de la Divisi ó n de Asistencia P ú blica](#) en persona, por correo postal, por fax o por correo electr ó nico.