

REPORTE DE CAMBIOS

Usa este formulario para reportar cambios en las circunstancias de su hogar. Complete y entregue este formulario con todos los comprobantes de los cambios reportados a: Department of Economic Security P.O. Box 19009, Phoenix, AZ 85005-9009, por fax al (602) 257-7031 cuando envíe fax desde los códigos de área 602, 480, ó 623; o al 1-844-680-9840, cuando envíe fax desde cualquier otro código de área; o comuníquese con Servicios a Clientes (Customer Service) al 1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587). También puede reportar cambios en línea (por Internet) mediante www.Healthearizonaplus.gov o myfamilybenefits.azdes.gov. Para agregar algún programa a un caso existente puede hacerlo en línea mediante www.Healthearizonaplus.gov, o llamando a Servicios a clientes al 1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587).

Asistencia en Efectivo (CA) y Asistencia Nutricional (NA) – Todos los cambios se deben reportar a no más tardar el día 10 del mes después de que el cambio ocurrió.

Asistencia Médica (MA) - Todos los cambios se deben reportar dentro de 10 días calendario a partir del día en el que usted se entere del cambio.

Hogares con reporte simplificado	Hogares con reporte estándar
<p>Los participantes de CA deben reportar los siguientes cambios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando los ingresos de su hogar exceden el 36% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) de 1992 (Pago estándar A1). • Cuando un menor dependiente se muda del hogar o es extraído por una agencia del gobierno. <p>Los participantes de NA deben reportar los siguientes cambios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando los ingresos de su hogar exceden el 130% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) actual. • Ganancias de lotería y de juegos de azar de \$4,250 o más en una sola jugada. • Personas adultas físicamente aptas sin dependientes – Deben reportar cuando sus horas de trabajo bajen a menos de 20 horas a la semana, en promedio al mes. 	<p>Los participantes de MA y CA TPEP deben reportar los siguientes cambios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los ingresos de todas las personas en el hogar (ganados y no ganados) • Dirección, incluso cualquier cambio que resulte en gastos de vivienda • Miembros del hogar (personas que se muden al o del hogar) • Estado civil • Asistencia escolar (sólo para CA) • Recursos <p>Los estándares de reporte simplificado no aplican para MA y CA TPEP.</p>

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre de caso (apellido, primer, inicial del segundo): _____ Fecha de cambio: _____

Núm. de AZTECS: _____ Núm. de solicitud HEAplus: _____ Núm. de Seguro Social: _____

CAMBIOS DE NUEVA DIRECCIÓN (Adjunte comprobantes del nuevo alquiler o renta, cantidad de hipoteca y costos nuevos de servicios domésticos)

Dirección de domicilio (número, calle, ciudad, estado, código postal): _____

Dirección postal, si es distinta a la anterior (apartado/P.O. Box, departamento/espacio/núm., calle, ciudad, estado, código postal): _____

Condado en el que vive: _____ Teléfono en casa o mensajes: _____

Nombre y teléfono del propietario: _____

Llene la sección Cambios de Gastos a continuación con las tarifas nuevas para gastos de vivienda y costos de servicios públicos.

CAMBIOS EN GASTOS (Adjunte comprobantes)

¿Cambió alguno de los gastos de su hogar, tales como gastos mensuales de cuidado de dependientes, alquiler o renta, hipoteca, servicios públicos, etc.? Para hogares que reciben Asistencia Nutricional. Si tiene 60 años o más o tiene una discapacidad y tiene gastos médicos de su bolsillo de \$35.01 o más.

Nombre de la persona que tiene el gasto	Tipo de gasto	Cantidad	Fecha de cambio

Indique qué se usa para calentar (calefacción central, estufa, chimenea) o enfriar (aire acondicionado, enfriador evaporativo) su casa: _____

**CAMBIOS EN MIEMBROS DEL HOGAR
(Adjunte comprobantes de ingresos o recursos para nuevos miembros, incluso menores y recién nacidos)**

Reporte cambios cuando: Alguien se mude de o a su hogar, alguna persona del hogar esté hospitalizada, usted o alguien del hogar dio a luz, fallece un miembro del hogar, cambie el estado civil de una persona del hogar, alguno de los padres de la familia deja de tener discapacidad, etc.

Nombre completo (apellido, primer, inicial del segundo)	Parentesco con usted	Fecha de nacimiento/ fecha de muerte	Núm. de Seguro Social (opcional si no solicita)	Añadida	¿Es/está esta persona...?	Fecha en la que cambió de domicilio
				CA NA MA	Embarazada Discapacitado(a) Ciudadano(a) de los EE. UU. Estudiante que recibe dinero	a su hogar: de su hogar:
				CA NA MA	Embarazada Discapacitado(a) Ciudadano(a) de los EE. UU. Estudiante que recibe dinero	a su hogar: de su hogar:

CAMBIOS EN INGRESOS (Adjunte Comprobantes)

¿Han habido cambios en los ingresos que reciben los miembros de su hogar? Cambios de ingresos por trabajar en un empleo provisional o permanente, trabajos variados, empleo por cuenta propia, cuidado de niños, propinas, bonos, ingresos en especie, beneficios de desempleo, beneficios de veteranos, discapacidad, pensiones de jubilación/retiro, regalos, contribuciones, manutención de menores, pensión alimenticia o médica, SSA, SSI, ayuda de la Oficina de Asuntos Indígenas (BIA), dinero de inquilinos, ingreso educativo, alquiler de terrenos, intereses, ayuda para vivienda o subsidio para servicios domésticos, ganancias (incluso de lotería o juegos de azar), etc.

Nombre de la persona que recibe los ingresos	Fuente (si es salario, indique nombre y teléfono del empleador)	Cantidad (antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia lo recibe?	Fecha de cambio	Comenzó/ Paró/ Cambió

CAMBIOS EN DECLARACIONES DE IMPUESTOS FEDERALES

¿Alguien tiene planeado declarar impuestos federales? Sí No

Si es sí, ¿quién? _____

¿Reclamará dependientes en su propia declaración de impuestos? Sí No

Si es sí, escriba los nombres de los dependientes. _____

¿Lo(a) reclamarán a usted como dependiente en una declaración de impuestos ajena? Sí No

Si es sí, escriba el nombre del declarante de impuestos: _____

ESTADO CIVIL DE DECLARANTE:

Cabeza del Hogar Viudo(a) calificado(a) Soltero(a) Casado(a) declarando por separado

Casados(as) declarando juntos(as) (*Nombre del cónyuge*): _____

CAMBIOS EN ASISTENCIA A ESCUELA (*Adjunte comprobantes*)

Para CA: Deben reportar la asistencia escolar para menores, de 6 a 15 años de edad. **Para NA:** Puede reportar cambios en la situación del estudiante.

Nombre de la persona (<i>apellido, primer, inicial</i>)	Nombre de escuela y teléfono	Tipo de cambio	Fecha de graduación de preparatoria	Estudios universitarios
		Comenzó Terminó		Tiempo parcial Tiempo completo
		Comenzó Terminó		Tiempo parcial Tiempo completo

CAMBIOS EN RECURSOS (*Adjunte comprobantes*)

¿El total en su hogar de efectivo a la mano, dinero en cuenta de cheques y/o cuenta de ahorros, acciones, bonos, etc. alcanzó o excedió el límite de recursos para los beneficios que recibe su hogar? Asistencia Nutricional = \$2,750, o Asistencia Nutricional para hogares que incluyen miembros de 60 años o más o que tienen una discapacidad = \$4,250, o Asistencia en Efectivo = \$2,000.

Nombre de la persona que lo recibe	Tipo de recurso	Cantidad	Fecha de cambio

¿Continuarán estos cambios el próximo mes? Sí No

Si es no, explique: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE, POR FAVOR LEA

Si usted retiene información intencionalmente sobre cambios en su hogar, o da información falsa, le deberá al Departamento de Seguridad Económica de Arizona el valor de los beneficios adicionales que no debió haber recibido. Puede enfrentar sanciones, y tal vez enjuiciamiento penal, de conformidad con las leyes estatales y federales.

- **PARA ASISTENCIA NUTRICIONAL.** Si a usted, o a algún miembro de su familia, se le condena por una infracción intencional del programa (IPV por sus siglas en inglés), se le descalifica por 12 meses por la primera infracción, por 24 meses por la segunda infracción, y permanentemente por la tercera infracción; además, puede enfrentar más enjuiciamiento, de conformidad con otras leyes estatales y federales. Se le puede multar a usted o a tal persona por hasta \$250,000, encarcelamiento hasta por 20 meses, o ambas; y los tribunales pueden suspenderlo del programa de Asistencia Nutricional por 18 meses más.
- **PARA ASISTENCIA EN EFECTIVO.** Si a usted, o a algún miembro de su familia, se le condenara por una infracción intencional del programa (IPV por sus siglas en inglés), se le descalifica por 12 meses por la primera infracción, por 24 meses por la segunda infracción, y permanentemente por la tercera infracción; además, puede enfrentar más enjuiciamiento, de conformidad con otras leyes estatales y federales.

- **PARA ASISTENCIA MÉDICA.** No debe retener información, ni dar información falsa, con la intención de recibir o seguir recibiendo Asistencia Médica. Si la información que usted proporciona es incorrecta, se le puede denegar o suspender la Asistencia Médica. Si a usted y/o a su representante se le(s) condena por proporcionar información falsa, usted y/o su representante pueden enfrentar enjuiciamiento penal, lo cual puede resultar en multas, encarcelamiento, y otras sanciones que fuesen posibles de conformidad con las leyes estatales o federales. También se le puede exigir que pague de vuelta a AHCCCS la cantidad de beneficios que se le pagaron a usted durante el plazo de inelegibilidad.

La información que proporcione en este formulario puede aumentar, disminuir, suspender o detener sus beneficios de Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo o Asistencia Médica. Se le enviará otro aviso aparte.

POR FAVOR, FIRME Y FECHE ESTE FORMULARIO ANTES DE DEVOLVERLO

Firma: _____ Fecha: _____

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

1. correo:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

2. fax:

(833) 256-1665, o (202)-690-7442; o bien por

3. correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

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. • Available in English on-line or at the local office.