Sus Requerimientos de Informar Cambios

Informes Estándard y Semianuales

No se arriesgue...¡Informe los cambios!

Para saber su tipo de informe, vea so Aviso de Aprobación a llame a su oficina local.

INFORMES ESTÁNDAR

Cuando usted califica para Seguro Médico de AHCCCS o Asistencia Médica (MA), tiene que informar los cambios dentro de 10 días de la fecha en que se enteró del cambio.

Cuando usted califica y recibe Estampillas para comida (FS) o FS y Asistencia en Efectivo (CA)/TANF y le han aprobado menos de un (1) año, tiene que informar los cambios dentro de 10 días de la fecha en que se enteró del cambio.

Usted puede informar cambios por escrito, en persona o por teléfono a su oficina local.

INFORMES ESTÁNDAR			
Cambios a informar	**CA**	**FS**	**MA**
Dirección	•	•	•
Miembros del hogar que lleguen a quedarse o se vayan del hogar	•	•	•
Estado civil	•		•
Asistencia escolar: Niños entre 6 - 15 años de edad	•		
Niños de 16 o más años de edad			•
Gastos de cuidado de un adulto dependiente			•
Gastos de vivienda, cuando haya cambiado la dirección	•	•	
Ingresos ganados * FS – sólo cuando el cambio en ingresos brutos sea de $100 o más	•	*	•
Ingresos no ganados * FS – sólo cuando el cambio en ingresos no ganados sea de $50 o más	•	*	•
Recursos CA – cuando el valor del recurso sea más de $2,000 FS – cuando el valor del recurso sea más de $2,000, ***o,*** si algún miembro del hogar tiene 60 o más años de edad, cuando el valor del recurso sea más de $3000 MA – Para la categoría MED solamente, cuando el valor del recurso *(incluso su casa)* sea más de $100,000 *(con no más de $5,000 en recursos líquidos)*	•	•	•
Obligación legal por pagos de Sustento de Menores cuando los pagos aumentan por $50 o más, o cuando usted deja de hacer los pagos.	•	•	•

INFORMES SEMIANUALES

Cuando usted es elegible para Estampillas para Comida (FS) o Asistencia en Efectivo/TANF, y le han aprobado un (1) año de beneficios, de su oficina local le enviarán por correo un Informe de 6 meses para usted rellenar y devolvérselos.

Durante el año, tiene que informar siempre que sus ingresos en bruto *(antes de deducciones),* ganados o no, excedan al límite de ingresos para FS y CA para el tamaño de su familia *(vea las tablas abajo).* Los demás cambios se informarán mediante el Informe de 6 meses.

Estándar de ingresos en bruto mensuales para elegibilidad para FS (130% del Índice de Pobreza Federal)

Efectivo el 1 de octubre del 2003

Núm. de miembros en el hogar	Máximo de ingresos en bruto mensuales
1	$ 973
2	$1313
3	$1654
4	$1994

Estándar para pago de Asistencia en Efectivo

Núm. de miembros en el hogar	Estándar para pagos de Asistencia CA
1	$204
2	$275
3	$347
4	$418
5	$489

FS – Asistencia de Beneficios Transitorios (TBA)

Su trabajador le explicará estos beneficios. Cuando usted recibe TBA, no tiene que informar cambios algunos durante el periodo aprobado.

MA –Asistencia Médica Transitoria (TMA)

Su trabajador le explicará estos beneficios. Cuando recibe TMA, sólo tiene que informar cuando: (1) su familia ya no incluya a un menor de 18 años de edad; (2) usted se traslade a otro estado; (3) a su hogar llegue un nuevo miembro familiar, o uno se vaya del hogar.

El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades.

Empleador/programa con Igualdad de Oportunidades • Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales 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 una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con el gerente de su oficina local. • Available in English at the local office.

Departamento de Seguro Económico de Arizona
Servicio de Calidad, Organización Eficiente, Clientela Autosuficiente

PAF-558-PDS (10-03)