

FORMULARIO DE INFORME DE CAMBIOS

Nombre: _____ Número de caso: _____ Número de contacto: _____

NUEVA DIRECCIÓN/CAMBIO DE NÚMERO TELEFÓNICO

Dirección residencial: _____ Condado: _____
Dirección postal: _____
Número de teléfono móvil: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Número de teléfono fijo: _____

CAMBIO EN LOS GASTOS: adjuntar verificación

Renta/Hipoteca \$ _____ Renta de terreno \$ _____
Si se paga por separado de su hipoteca: Seguro del hogar \$ _____ Impuestos de la propiedad \$ _____
El gasto ha comenzado finalizado cambiado Fecha del cambio: ___/___/___
¿Cón qué frecuencia se factura? Diaria Semanal Quincenal Semimensual Mensual
Nombre de la persona que paga el gasto: _____

¿Paga un gasto de calefacción o aire acondicionado? Sí No
Si no se le factura un gasto de calefacción o aire acondicionado, indique los importes que se le facturan, si corresponde, por lo siguiente:
Electricidad \$ _____ Gas \$ _____ Agua \$ _____ Teléfono \$ _____ Basura \$ _____ Otros \$ _____
Nombre de la persona que paga el gasto: _____

Médico \$ _____ **(el miembro del hogar debe tener 60 años o más o estar discapacitado para reclamar gastos médicos de bolsillo).**
 Medicamentos Médico/odontólogo Facturas del hospital Cuidado de enfermería Prima de Medicare Transporte
 Equipos/Suministros médicos Lentes/lentes de contacto Otros gastos médicos _____
El gasto ha comenzado finalizado cambiado Fecha del cambio: ___/___/___
¿Cón qué frecuencia se factura? Diaria Semanal Quincenal Semimensual Mensual
Nombre de la persona que paga el gasto: _____

Manutención de hijos \$ _____ **(debe ser ordenada por un tribunal y pagada a alguien que vive fuera del hogar).**
El gasto ha comenzado finalizado cambiado Fecha del cambio: ___/___/___
¿Cón qué frecuencia se factura? Diaria Semanal Quincenal Semimensual Mensual
Nombre de la persona que paga el gasto: _____

Manutención infantil \$ _____
El gasto ha comenzado finalizado cambiado Fecha del cambio: ___/___/___
¿Cón qué frecuencia se factura? Diaria Semanal Quincenal Semimensual Mensual
Nombre de la persona que paga el gasto: _____

Otros \$ _____
El gasto ha comenzado finalizado cambiado Fecha del cambio: ___/___/___
¿Cón qué frecuencia se factura? Diaria Semanal Quincenal Semimensual Mensual
Nombre de la persona que paga el gasto: _____

CAMBIO EN LOS INGRESOS: adjuntar verificación

Nombre de la persona que recibe cambios en los ingresos: _____

Tipo de ingreso	Ingreso	Frecuencia con que se recibe	Salario bruto nuevo por período de pago
ELIJA SOLO UNA OPCIÓN <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Regalo en efectivo <input type="checkbox"/> Otros _____	ELIJA SOLO UNA OPCIÓN <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Finalización <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/> Renuncia Fecha del cambio: _____	ELIJA SOLO UNA OPCIÓN <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semimensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	Importe \$ _____
			Horas de trabajo semanales _____
Nombre de la persona que recibe cambios en los ingresos: _____			
ELIJA SOLO UNA OPCIÓN <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Regalo en efectivo <input type="checkbox"/> Otros _____	ELIJA SOLO UNA OPCIÓN <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Finalización <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/> Renuncia Fecha del cambio: _____	ELIJA SOLO UNA OPCIÓN <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semimensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	Importe \$ _____
			Horas de trabajo semanales _____

CAMBIO EN LOS RECURSOS: adjuntar verificación

Efectivo \$ _____ Acciones \$ _____ Bonos \$ _____
 Cuentas bancarias \$ _____ Otros \$ _____
 Nombre del dueño del recurso: _____

GANANCIAS DE LOTERÍA/JUEGOS: adjuntar verificación

Fecha de recepción del dinero: _____ Importe recibido: _____ Nombre del ganador: _____

CAMBIOS EN LOS MIEMBROS DEL HOGAR

ADVERTENCIA SOBRE PENALIDADES: * Se debe proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona para la que se solicita asistencia en virtud de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Los SSN se verificarán y se utilizarán para generar correspondencias de datos federales y estatales, que incluyen, entre otros, Seguridad Social, Servicio de Impuestos Internos, Asuntos de Veteranos, Departamento de Seguridad de Empleo de Mississippi, verificaciones de recursos o ingresos, descalificaciones del programa, y para el cobro de deudas por fraude. Las leyes estatales y federales prevén multas, encarcelamiento o ambos para cualquier persona culpable de obtener asistencia para la cual no tiene derecho mediante la retención deliberada de información o la provisión de información falsa. La información se puede verificar a través de contactos colaterales cuando se encuentren discrepancias. El estado de extranjero está sujeto a verificación con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (States Citizenship and Immigration Services, USCIS) y requerirá el envío de cierta información de esta solicitud al USCIS. Solo los ciudadanos estadounidenses y extranjeros calificados son elegibles para recibir beneficios de SNAP. Cualquier extranjero que no sea ciudadano o no califique puede excluirse de su caso. No se denunciará a dichas personas ante la Agencia de Inmigración y Control de Aduanas (Immigration and Customs Enforcement, ICE). La elegibilidad de los no ciudadanos incluidos en su caso se determinará en virtud de las reglamentaciones de SNAP. Se considerarán los ingresos y recursos de todas las personas en su hogar para determinar la elegibilidad de las personas incluidas en su caso.

Nombre (de pila, apellido)	Mudanza		Relación con el jefe del hogar	Número de seguridad social * VEA LA EXPLICACIÓN ANTERIOR	Fecha de nacimiento :	Edad	Sexo	** Opcional		Ciudadano de los Estados Unidos Sí o No
	Dentro	Fuera						Raza Sí o No	*** Raza Elija una o más	

** La información relacionada con el origen étnico y la raza no es obligatoria y no se utilizará para determinar su elegibilidad o nivel de beneficio. Esta información se utilizará para determinar qué tan efectivo es el programa para llegar a la población elegible.
 *** Códigos de raza **AL:** nativo americano/nativo de Alaska; **AS:** asiático; **BL:** negro o afroamericano; **HP:** hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico; **WH:** blanco; **OT:** otro

AGREGUE UN MIEMBRO DEL HOGAR: para cada niño cuyo progenitor, sea madre o padre, esté ausente de la casa, ingrese la siguiente información:

Nombre del niño o la niña	Nombre del progenitor ausente	Dirección del progenitor ausente	SSN del progenitor ausente	Fecha de nacimiento		
				del progenitor ausente	Raza	Sexo

Al firmar y fechar este formulario, doy mi consentimiento para que los registros de asistencia de los niños identificados en esta solicitud sean divulgados por el Departamento de Educación de Mississippi al Departamento de Servicios Humanos de Mississippi para uso del Departamento de Servicios Humanos a fin de determinar el cumplimiento de requisitos de asistencia escolar del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). Certifico que cada individuo incluido en mi hogar es ciudadano de los EE. UU. o es extranjero en estado migratorio legal y que la información provista es verdadera a mi leal saber y entender. Doy permiso para que el Departamento de Servicios Humanos realice una revisión completa de mi caso y cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Sé que podría recibir sanciones si doy información falsa intencionalmente. Certifico que recibí el folleto de Derechos y Responsabilidades de esta agencia.

 Firma del solicitante/persona que informa el cambio

 ** Firma del segundo progenitor en TANF

 Firma del testigo si se firma con una marca

 Fecha

 Fecha

 Fecha

**** Se requiere la firma del beneficiario de TANF y el segundo progenitor (si corresponde) para agregar un miembro del hogar al caso de TANF.**

BENEFICIARIO PROTECTOR DE TANF

Nombre _____ SSN _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
Firmado por _____ Fecha _____

ANTECEDENTES PENALES

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos después del 02/07/2014? (seleccione todos los que correspondan):

- abuso sexual agravado, explotación sexual y otros abusos de niños
 agresión sexual homicidio

Nombre del dueño del recurso: _____

Notas: _____

REGISTRO PARA VOTAR

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse aquí hoy? Sí No

Si no marca una casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. Su solicitud de registro o rechazo del registro para votar no afectará el importe de asistencia que le brindará esta agencia. Si se niega a registrarse para votar, este hecho será confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde presentó su solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de votantes.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Secretario de Estado de Mississippi, División Electoral, P. O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas y las represalias por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para acceder a la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el [Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA](#) (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA donde proporcione toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su carta o formulario completo al USDA por:

- (1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener cualquier otra información relacionada con problemas con el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con el número de la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a [los números de información/línea directa del estado](#) (haga clic en el enlace para visualizar una lista de números de línea directa por estado); puede encontrarlos en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja de discriminación en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., escriba a: Director del HHS, Oficina de Derechos Civiles, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o por teléfono al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.