

SOLO PARA USO DE OFICINA:  
Número de caso: \_\_\_\_\_ Fecha de recibo: \_\_\_\_\_  
Modo:  Correo postal  Fax  Entregapersonal  Teléfono  CWP  
Recibido por: \_\_\_\_\_

### FORMULARIO DE INFORME DE CAMBIOS

Cada núcleo familiar tiene la obligación de informar los siguientes cambios de circunstancias en los 10 días posteriores a la fecha en que el núcleo familiar tomó conocimiento de dicho cambio:

- Un cambio de más de \$125 en el monto de ingresos que no provengan de actividades laborales.
- Un cambio en la fuente de ingresos, que incluye el comienzo o la interrupción de un empleo o un cambio de empleo, en caso de que el cambio laboral signifique un cambio en los ingresos.
- Un cambio de más de \$125 en el monto de ingresos derivados de actividades laborales a partir del monto utilizado por última vez para calcular el monto de beneficios del núcleo familiar, siempre que dicho núcleo esté autorizado durante un período no superior a 6 meses.
- Un cambio en la estructura del núcleo familiar, como la incorporación o pérdida de un integrante.
- Un cambio en la residencia y el cambio correspondiente en los gastos de alojamiento.
- Un cambio en los recursos líquidos que alcance o exceda el límite para los núcleos familiares que incluyan adultos mayores o con alguna discapacidad y cualquier otro núcleo familiar, a menos que esté sujeto a exclusión.
- Un cambio en la obligación legal de pagar los gastos correspondientes a la manutención infantil.
- Los cambios en el horario de trabajo que ocasionen que una persona adulta declarada apta (ABAWDS, por sus siglas en inglés) esté sujeta a plazos establecidos y tenga una carga laboral menor a 20 horas semanales, promediadas de forma mensual.
- Si un integrante del núcleo familiar se hiciera acreedor a un premio de lotería considerable u obtuviese ganancias producto de juegos de azar.

Si necesita asistencia para llenar este formulario, comuníquese con la oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) de su condado al \_\_\_\_\_ o al 1-800-948-3050.

Nombre \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_

**DATOS ACTUALIZADOS SOBRE DIRECCIÓN / NÚMEROS DE TELÉFONO**

Dirección residencial: _____		Condado: _____	
Dirección postal: _____			
Número de teléfono celular: _____		Correo electrónico: _____	
Teléfono residencial: _____			

**CAMBIOS EN LOS GASTOS – Adjuntar verificación**

Alquiler / Hipoteca \$ \_\_\_\_\_  Alquiler de terreno \$ \_\_\_\_\_  
**Adjunte comprobante de alquiler/comprobante por gastos de hipoteca como contrato de arrendamiento, recibo de alquiler, estado de hipoteca, etc.**

*Si el pago es independiente de la hipoteca:*  Seguro de hogar \$ \_\_\_\_\_  Impuestos sobre bienes inmuebles \$ \_\_\_\_\_

Los gastos:  han comenzado  se han interrumpido  han cambiado Fecha del cambio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Con qué frecuencia es el pago?  Diario  Semanal  Quincenal  Bimensual  Mensual

Nombre de la persona responsable del pago: \_\_\_\_\_

¿Este cambio continuará después del informe mensual?  Sí  No

¿Sus gastos incluyen el uso de calefacción y/o aire acondicionado?  Sí  No

**Adjunte pruebas de los gastos de servicios públicos, como los recibos de agua, luz, etc.**

Si no recibe una factura por el uso de calefacción y/o aire acondicionado, enumere los montos que se le facturan, si los hubiese, por lo siguiente:

Electricidad \$ \_\_\_\_\_ Gas \$ \_\_\_\_\_ Agua \$ \_\_\_\_\_ Teléfono \$ \_\_\_\_\_ Recojo de basura \$ \_\_\_\_\_ Otro \$ \_\_\_\_\_

*Puede demandar los gastos reales por servicios públicos si estos gastos exceden la asignación estándar.*

Nombre de la persona responsable del pago: \_\_\_\_\_

¿Este cambio continuará después del informe mensual?  Sí  No

Gastos médicos \$ \_\_\_\_\_ **(el integrante del núcleo familiar deberá tener 60 años o más, o tener una discapacidad para presentar una reclamación por los gastos médicos de bolsillo).**

**Adjunte comprobantes actuales de los gastos médicos de bolsillo, como facturas hospitalarias, honorarios del médico, facturas médicas, lista impresa de recetas de farmacia, etc.**

Medicamentos  Médicos / Odontológicos  Facturas hospitalarias  Cuidados de enfermería  Medicare Premium  Transporte  
 Suministros / Equipo médico(s)  Anteojos / Lentes de contacto  Otros \_\_\_\_\_ médicos

Los gastos:  han comenzado  se han interrumpido  han cambiado Fecha del cambio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Con qué frecuencia es el pago?  Diario  Semanal  Quincenal  Bimensual  Mensual

Nombre de la persona responsable del pago: \_\_\_\_\_

¿Este cambio continuará después del informe mensual?  Sí  No

Manutención infantil \$ \_\_\_\_\_ (*Deberá estar dispuesto por un tribunal y para un menor que vive fuera del hogar*).

**Adjunte comprobantes de gastos de manutención infantil para un menor que vive fuera del hogar.**

Los gastos:  han comenzado  se han interrumpido  han cambiado Fecha del cambio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia es el pago?  Diario  Semanal  Quincenal  Bimensual  Mensual

Nombre de la persona responsable del pago: \_\_\_\_\_

¿Este cambio continuará después del informe mensual?  Sí  No

Servicios de guardería \$ \_\_\_\_\_

**Adjunte comprobante de los gastos de servicios de guardería emitido por el proveedor de cuidados de menores.**

Los gastos:  han comenzado  se han interrumpido  han cambiado Fecha del cambio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia es el pago?  Diario  Semanal  Quincenal  Bimensual  Mensual

Nombre de la persona responsable del pago: \_\_\_\_\_

¿Este cambio continuará después del informe mensual?  Sí  No

Otro \$ \_\_\_\_\_

Los gastos:  han comenzado  se han interrumpido  han cambiado Fecha del cambio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia es el pago?  Diario  Semanal  Quincenal  Bimensual  Mensual

Nombre de la persona responsable del pago: \_\_\_\_\_

¿Este cambio continuará después del informe mensual?  Sí  No

**CAMBIOS EN LOS INGRESOS – Adjunte comprobantes de ingresos como los talones de cheque, el formulario de verificación de empleo, etc.**

Nombre de la persona que percibe el cambio en los ingresos: \_\_\_\_\_

¿Este cambio continuará después del informe mensual?  Sí  No

Tipo de ingresos	Ingresos	Frecuencia de los ingresos	Nuevo total bruto por período de pago
<b>MARQUE SOLO UNA CASILLA</b> <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Donación en efectivo <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>MARQUE SOLO UNA CASILLA</b> <input type="checkbox"/> Nuevos <input type="checkbox"/> Se interrumpieron <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Renuncia Fecha del cambio: _____	<b>MARQUE SOLO UNA CASILLA</b> <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Bi <input type="checkbox"/> Quincenal mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	Monto \$ _____ Horas semanales con empleo _____

Nombre de la persona que percibe el cambio en los ingresos: \_\_\_\_\_

¿Este cambio continuará después del informe mensual?  Sí  No

Tipo de ingresos	Ingresos	Frecuencia de los ingresos	Nuevo total bruto por período de pago
<b>MARQUE SOLO UNA CASILLA</b> <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Donación en efectivo <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>MARQUE SOLO UNA CASILLA</b> <input type="checkbox"/> Nuevos <input type="checkbox"/> Se interrumpieron <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Renuncia Fecha del cambio: _____	<b>MARQUE SOLO UNA CASILLA</b> <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Bi <input type="checkbox"/> Quincenal mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	Monto \$ _____ Horas semanales con empleo _____

**CAMBIOS EN LOS RECURSOS – Adjuntar verificación**

Dinero en efectivo \$ \_\_\_\_\_  Acciones \$ \_\_\_\_\_  Bonos \$ \_\_\_\_\_

Cuentas bancarias \$ \_\_\_\_\_  Otro \$ \_\_\_\_\_

Nombre del titular del recurso: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución \_\_\_\_\_

Dinero en efectivo \$ \_\_\_\_\_  Acciones \$ \_\_\_\_\_  Bonos \$ \_\_\_\_\_

Cuentas bancarias \$ \_\_\_\_\_  Otro \$ \_\_\_\_\_

Nombre del titular del recurso: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución \_\_\_\_\_

Dinero en efectivo \$ \_\_\_\_\_  Acciones \$ \_\_\_\_\_  Bonos \$ \_\_\_\_\_

Cuentas bancarias \$ \_\_\_\_\_  Otro \$ \_\_\_\_\_

Nombre del titular del recurso: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución \_\_\_\_\_

**GANANCIAS POR JUEGOS DE AZAR/LOTERÍA - Adjuntar verificación**

Fecha en que se recibió el dinero: \_\_\_\_\_ Monto recibido: \_\_\_\_\_ Nombre del ganador: \_\_\_\_\_

**CAMBIOS EN LOS INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR**

**ADVERTENCIA DE SANCIÓN:** \*Se deberá proporcionar o solicitar un número de Seguro Social (SSN) por cada persona para quien se solicite asistencia, según la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (Food and Nutrition Act of 2008). Se deberán verificar los números de Seguro Social con el fin de detectar concordancia de datos a nivel federal y estatal, que incluyen, sin carácter limitativo, la Administración de Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos, el Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos (VA, por sus siglas en inglés), el Departamento de Seguridad del Empleo de Misisipi, verificaciones de ingresos/recursos, la inhabilitación de programas y una recaudación de deudas por fraude. Las leyes federales y estatales contemplan multas, encarcelamiento o ambos para cualquiera que sea culpable de recibir asistencia de forma ilegítima, al retener o brindar información falsa. La información puede verificarse a través de contactos colaterales en caso de que se hallen discrepancias. El estado de inmigración está sujeto a verificación con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) y exigirá que se envíe determinada información de esta solicitud a USCIS. Únicamente los extranjeros que reúnan los requisitos correspondientes junto con ciudadanos estadounidenses serán elegibles para acceder a los beneficios del programa SNAP, mientras que aquellos que no sean ciudadanos estadounidenses ni extranjeros que cumplan los requisitos pueden quedar al margen del caso. Estas personas no serán reportadas al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos. La elegibilidad de aquellos ciudadanos no estadounidenses incluidos en su caso se determinará según las normas del programa SNAP. Los ingresos y recursos de todos los integrantes del núcleo familiar se tomarán en consideración para determinar la elegibilidad de las personas incluidas en su caso.

Nombre (Nombre y apellido)	Mudanza		Relación con el jefe de familia	Número de seguro social *VER EXPLICACIÓN MÁS ARRIBA.	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	**Opcional		Ciudadano estadounidense Sí o No
	Ocupó	Desocupó						Hispano Sí o No	*** Raza Escoja una o más	

\*\*La información correspondiente a Etnia y Raza no se considera necesaria y no se utilizará para determinar su elegibilidad ni el nivel de beneficios. Esta información se empleará para determinar la eficacia del programa para llegar a la población elegible.

\*\*\* Códigos de raza **AL** – Indoamericano/Nativo de Alaska; **AS**-Asiático; **BL**-Negro o afroamericano; **HP**-Hawaiano u habitante de otra isla del Pacífico; **WH**-Blanco; **OT**-Otro **AGREGAR UN INTEGRANTE DEL HOGAR – Para cada menor cuya madre / padre se encuentre ausente, ingrese la siguiente información:**

Nombre del menor	Nombre del padre / madre ausente	Dirección del padre / madre ausente	N.º de Seg. Soc. del padre / madre ausente	Fecha de nac. del		
				padre / madre ausente	Raza	Sexo

Al firmar y fechar este formulario, otorgo mi consentimiento para que los registros de asistencia de los menores identificados en esta solicitud sean divulgados por el Departamento de Educación de Misisipi al Departamento de Servicios Humanos de Misisipi para que el Departamento de Servicios Humanos lo utilice con el fin de determinar el cumplimiento de los requisitos de asistencia escolar que estipula el programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés). Certifico que cada persona que forma parte de mi núcleo familiar es un ciudadano estadounidense o un extranjero en estado migratorio legal y que la información proporcionada es verdadera, según mi leal y saber entender. Autorizo al Departamento de Servicios Humanos a llevar a cabo una revisión completa de mi caso, así como a contactar a quien estimen necesario para verificar mis afirmaciones. Entiendo que podría recibir una sanción si, intencionalmente, proporcionase información falsa. Certifico también que esta agencia me ha entregado la hoja de Derechos y Responsabilidades.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante / persona informante del cambio

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
\*\*Firma del segundo padre en el programa TANF

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo, en caso de que se firme con una marca

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\*Se necesita la firma del beneficiario del programa TANF y del segundo padre (si corresponde) para agregar un integrante del núcleo familiar al caso para el programa TANF.**

**REPRESENTANTE DEL BENEFICIARIO DEL PROGRAMA TANF**

Nombre \_\_\_\_\_ N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PENALES**

¿Alguna vez usted o algún integrante de su núcleo familiar ha recibido sentencia por alguno de los siguientes delitos después del 02/07/14 (seleccione todas las opciones que correspondan):  abuso sexual agravado  explotación sexual y cualquier otro tipo de maltrato infantil  
 agresión sexual  asesinato  
Nombre de la persona sentenciada: \_\_\_\_\_

Observaciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INSCRIPCIÓN DE VOTANTES**

Si no se ha inscrito para votar en su lugar de residencia, ¿le gustaría presentar una solicitud hoy para inscribirse y votar aquí?  Sí  No

Si no marca una casilla, se considerará que ha tomado la decisión de no inscribirse para votar ahora. La decisión de presentar una solicitud para inscribirse a votar o negarse a ello no afectará el monto de asistencia que le otorgará esta agencia. Si se niega a inscribirse para votar, esta información permanecerá confidencial. En caso de que sí decida inscribirse, no se divulgará la ubicación de la oficina donde presentó su solicitud y se utilizará solo con fines de inscripción de votantes.

Si necesita asistencia para completar el formulario de inscripción de votantes, se la brindaremos con mucho gusto. La decisión de solicitar o aceptar ayuda depende únicamente de usted. Puede completar el formulario de solicitud de forma privada.

Si considera que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o negarse a votar, ha intervenido en su derecho a la privacidad para decidir si inscribirse o solicitar hacerlo, en su derecho para escoger su propio partido político o cualquier preferencia política, puede presentar un reclamo con el secretario de estado de Misisipi en: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

**\*ADVERTENCIA DE SANCIÓN\***

**ADVERTENCIA DE SANCIÓN DEL PROGRAMA SNAP:** Si su núcleo familiar recibe los beneficios del programa SNAP, deberá cumplir las normas que se incluyen a continuación. A cualquier integrante de su núcleo familiar que infrinja intencionalmente alguna de estas normas, se le negará el derecho de beneficiarse de este programa durante 1 año por la primera infracción; durante 2 años por reincidencia, y de forma definitiva por la tercera infracción, junto con una multa de \$250,000 y encarcelamiento por hasta 20 años o ambos; además, será objeto de enjuiciamiento según otras leyes federales.

**NO oculte ni falsee información con la finalidad de recibir o continuar recibiendo beneficios del programa SNAP. NO intercambie ni venda las tarjetas EBT. NO modifique las tarjetas EBT para recibir beneficios de este programa de forma ilegítima. NO use los beneficios del programa SNAP para adquirir artículos inadmisibles como alcohol o tabaco ni para pagar las cuentas de créditos alimenticios. NO use los beneficios del programa SNAP de un tercero ni su tarjeta EBT para su núcleo familiar. Aquellas personas que, a juicio de un tribunal, hayan incurrido en alguna de las siguientes infracciones estipuladas por el programa serán sometidas a las sanciones que se incluyen a continuación:**

- Si se descubre que ha utilizado o recibido beneficios gracias a una operación que implique la venta de una sustancia controlada, dejará de ser elegible para los beneficios del programa SNAP durante un período de dos años por la primera infracción y, de forma definitiva, por reincidencia de tal infracción.
- Si se descubre que ha utilizado o recibido beneficios gracias a una operación que implique la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, dejará de ser elegible de forma definitiva para recibir beneficios del programa SNAP, tras la primera ocasión en que se cometió dicha infracción.
- Si se determina su culpabilidad de haber comercializado los beneficios a cambio de un monto total de \$500 o más, dejará de ser elegible de forma definitiva para recibir beneficios del programa SNAP, tras la primera ocasión en que se cometió dicha infracción.

Si se descubre que ha presentado una declaración falsa o ha hecho una representación fraudulenta respecto de su identidad o lugar de residencia con la finalidad de recibir varios beneficios del programa SNAP simultáneamente, dejará de ser elegible para participar del programa por un período de 10 años.

**DECLARACIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA (USDA)**

Esta institución prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o tendencias políticas. Del mismo modo, el Departamento de Agricultura de Estados Unidos prohíbe la discriminación por raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad o tendencias políticas, así como cualquier acto de represalia o venganza por actividades previas en favor de los derechos civiles que se haya presentado en cualquier programa o actividad que haya realizado o financiado el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés).

Aquellas personas con discapacidad que necesitan medios de comunicación alternativos para acceder a información sobre el programa (por ejemplo, el sistema Braille, letra de formato grande, audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia, estatal o local, donde solicitaron beneficios. Aquellas personas sordas, con problemas de audición o de habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339. Por otra parte, la información relacionada con el programa está disponible en otros idiomas, además del inglés.

Si desea interponer un reclamo por discriminación por parte del programa, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027), que está disponible en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA; o escriba una carta dirigida a este departamento e incluya toda la información que se solicite en el formulario. Si desea solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por correo postal:

- (1) U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Si desea obtener cualquier otra información sobre problemas con el Programa P de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), comuníquese con la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689 que también se encuentra disponible en español, o llame a las líneas directas [Información del estado/Líneas directas](#) (haga clic para obtener una lista de las líneas directas según el estado); disponible en: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Para interponer un reclamo por discriminación respecto de un programa beneficiario de asistencia financiera a nivel federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 6190403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.