

FOR OFFICE USE ONLY:

Case Number: _____ Date Received: _____
How Received: ☐ Mail ☐ Fax ☐ Walk-In ☐ Telephone ☐ CWP
Received by: _____



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 de la toma conocimiento de dicho cambio:

- Un cambio de más de \$150 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 \$150 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 la 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.
- Para los núcleos familiares del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), la madre, el padre o cuidador debe informar si el/la jefe/a de familia se muda fuera del estado y cuando quede claro que un/a niño/a del programa TANF estará fuera del hogar por más de treinta (30) días. Se debe informar tal cambio en la estructura del núcleo familiar dentro de los cinco (5) días.

Si necesita asistencia para completar este formulario, comuníquese con la línea de Atención al cliente al 1-800-948-3050.

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

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

Dirección del domicilio: _____		Condado: _____
Dirección postal: _____		
Número de teléfono celular: _____	Dirección de 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 se paga aparte de la hipoteca: ☐ Seguro de hogar \$ _____ ☐ Impuestos sobre la propiedad \$ _____

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 \$ _____ Recolección de residuos \$ _____ Otros \$ _____

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 poder reclamar 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 ser ordenada 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

☐ **Cuidado infantil \$_____**

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

☐ **Otros _____ \$_____**

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
MARQUE SOLO UNA CASILLA	MARQUE SOLO UNA CASILLA	MARQUE SOLO UNA CASILLA	Monto
☐ Empleo ☐ Donación en efectivo	☐ Nuevos ☐ Se interrumpieron	☐ Diario ☐ Bimensual	\$ _____
☐ Desempleo ☐ Discapacidad	☐ Aumento ☐ Despido	☐ Quincenal	Horas semanales con empleo
☐ Manutención infantil ☐ Pensión	☐ Reducción ☐ Renuncia	☐ Semanal	_____
☐ Otros _____	Fecha del cambio: _____	☐ Mensual	

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

¿Este cambio continuará después del informe mensual? ☐ Sí ☐ No

MARQUE SOLO UNA CASILLA	MARQUE SOLO UNA CASILLA	MARQUE SOLO UNA CASILLA	Monto
☐ Empleo ☐ Donación en efectivo	☐ Nuevos ☐ Se interrumpieron	☐ Diario ☐ Bimensual	\$ _____
☐ Desempleo ☐ Discapacidad	☐ Aumento ☐ Despido	☐ Quincenal	Horas semanales con empleo
☐ Manutención infantil ☐ Pensión	☐ Reducción ☐ Renuncia	☐ Semanal	_____
☐ Otros _____	Fecha del cambio: _____	☐ Mensual	

☐ **CAMBIOS EN LOS RECURSOS – Adjuntar verificación**

☐ Efectivo \$ _____ ☐ Acciones \$ _____ ☐ Bonos \$ _____

☐ Cuentas bancarias \$ _____ ☐ Otro \$ _____

Nombre del titular del recurso: _____

Nombre de la institución _____

☐ Efectivo \$ _____ ☐ Acciones \$ _____ ☐ Bonos \$ _____

☐ Cuentas bancarias \$ _____ ☐ Otro \$ _____

Nombre del titular del recurso: _____

Nombre de la institución _____

☐ 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 ☐ SNAP ☐ TANF ☐ AMBOS BENEFICIOS

ADVERTENCIA DE SANCIÓN: * Se debe proporcionar o presentar un Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) por cada persona para quien se solicita asistencia según la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Los SSN se verificarán y utilizarán para cotejar datos federales y estatales, incluidos, entre otros, los de la Seguridad Social, el Servicio de Impuestos Internos, la Administración de Veteranos, el Departamento de Seguridad de Empleo de Mississippi, las verificaciones de recursos/ingresos, las descalificaciones de programas y el cobro de deudas por fraude. Las leyes estatales y federales prevén multas, penas de prisión, o ambas, para cualquier persona culpable de obtener una asistencia a la que no tiene derecho ocultando o dando información falsa de forma intencionada. La información puede ser verificada a través de contactos adicionales cuando se encuentren discrepancias. La condición de extranjero está sujeta a verificación con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) y requerirá la presentación de cierta información de esta solicitud al USCIS. Solo los ciudadanos estadounidenses y los extranjeros calificados son elegibles para los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés). Cualquier extranjero que no sea ciudadano o no esté calificado puede quedar fuera de su caso. Dichas personas no serán reportadas al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas. La elegibilidad de las personas que no sean ciudadanas incluidas en su caso se determinará según las normas del programa SNAP. Los ingresos y recursos de todas las personas de su núcleo familiar se tendrán en cuenta para determinar la elegibilidad de las personas incluidas en su caso.

Nombre completo	Mudanza		Relación con el/la jefe/a del núcleo familiar	Número de seguro social *VER EXPLICACIÓN MÁS ARRIBA.	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	**Opcional		Ciudadano Estadounidense Sí o No
	Ocupó/ Desocupó	Fecha						Hispano Sí o No	*** Raza Escoja una o más	

**La información correspondiente a Etnicidad y Raza no se considera necesaria y no se utilizará para determinar su elegibilidad ni el nivel de beneficios. Esta información se utilizará 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 o habitante de otra isla del Pacífico; **WH** - Blanco; **OT** - Otra

AGREGAR UN INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR – Para cada menor cuya madre/padre se encuentre ausente, ingrese la siguiente información:

Nombre del/ de la menor	Nombre del padre/ de la madre ausente	Dirección del padre/ de la madre ausente	Núm. de Seguro Social del padre/de la madre ausente	padre/madre ausente		
				Fecha de nac.	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 Mississippi al Departamento de Servicios Humanos de Mississippi 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). Doy fe de que toda persona incluida en mi núcleo familiar es ciudadana estadounidense o extranjera con estatus migratorio legal y que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Doy permiso para que el Departamento de Servicios Humanos haga una revisión completa de mi caso y de cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Entiendo que pueden sancionarme si doy información falsa a sabiendas. Doy fe de que he recibido el folleto sobre Derechos y Responsabilidades de esta agencia.

Firma del solicitante/de la persona que informa el cambio.

Fecha

**Firma del segundo padre/Beneficiario de TANF (Si corresponde)

Fecha

(Requerido para agregar un integrante del núcleo familiar al caso de TANF.)

Firma del testigo, si se trata de una marca.

Fecha

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 decidido no inscribirse para votar en este momento. El hecho de solicitar inscribirse o no para votar no afectará el importe de la asistencia que esta agencia le proporcionará. El hecho de negarse a inscribirse para votar permanecerá confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde se presentó su solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de los votantes.

Si desea ayuda para completar el formulario de inscripción de votantes, le ayudaremos. 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 ante el Secretario de estado de Mississippi: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Si desea solicitar que se le envíe por correo un formulario de inscripción de votantes, comuníquese con la línea de Atención al cliente al 1-800-948-3050.

ADVERTENCIA DE SANCIÓN

ADVERTENCIA DE SANCIÓN DEL PROGRAMA SNAP: Si su núcleo familiar es beneficiario del programa SNAP, debe cumplir con las normas mencionadas a continuación. A cualquier integrante de su núcleo familiar que infrinja intencionalmente alguna de estas normas, se le negará el derecho a 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 proporcione información falsa ni oculte información para obtener o continuar recibiendo beneficios del programa SNAP. NO intercambie ni venda las tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT, por sus siglas en inglés). NO altere las tarjetas EBT para obtener beneficios del programa SNAP a los cuales no tiene derecho. NO use los beneficios del programa SNAP para comprar artículos no elegibles como alcohol y tabaco o para pagar cuentas de crédito de alimentos. NO use los beneficios del programa SNAP o la tarjeta EBT de otra persona para su núcleo familiar. Las personas que un tribunal determine que han cometido las siguientes infracciones del programa estarán sujetas a las siguientes sanciones:

- 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 de no discriminación del USDA

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. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando 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, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (833)620-1071, o escribiendo una carta dirigida a 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 a USDA por:

1) correo:

Food and Nutrition Administration, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; or

2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3) correo electrónico: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Para cualquier otra información relacionada con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los números de la Línea Directa/de Información Estatal (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de la línea directa por Estado); se encuentra en línea en: SNAP Hotline.

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