

Branch:	Case number:	Worker ID:
Case name:		



Informe de cambio

Conserve este documento para su uso en el futuro. Explica qué debe informarse. Debe informar los cambios en el plazo de 10 días posteriores al inicio del cambio.

Cómo utilizar este formulario

- Use este formulario para informar cambios en los beneficios alimentarios del Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), en el efectivo de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) y cambios médicos.
- Adjunte pruebas de los cambios en los ingresos.
- Complete únicamente las partes que describan sus cambios.
- Firme y feche el formulario.

Si un cambio afecta sus beneficios, el Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS, por sus siglas en inglés) le enviará un aviso. Generalmente, efectuamos los cambios el mes posterior a la fecha en que los informa. Envíe este formulario por correo postal, llévelo a la oficina o comuníquese con su trabajador social para informar los cambios.

Qué se debe informar

- Cambios en los miembros del grupo familiar (si alguien se casa, se muda a su casa o fuera de su casa).
- Si alguien comienza a trabajar o deja de trabajar.
- Otro cambio en la fuente de ingresos que se espera que continúe (alguien comienza a o dejar de recibir beneficios de manutención de hijos, Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI], compensación por desempleo, etc.).
- Estos cambios en el monto de ingresos:
 - ▶ En el caso de SNAP y TANF, informe los cambios de más de \$100 por mes en los ingresos laborales.
 - ▶ En el caso de SNAP y TANF, informe los cambios de más de \$50 por mes en los ingresos no provenientes de un empleo.
 - ▶ En el caso de SNAP, informe las ganancias de lotería y juegos de azar de \$3,500 o más.
 - ▶ En el caso de los beneficios médicos, informe todos los cambios en el monto de cualquier tipo de ingresos.
 - ▶ En el caso de Cuidado Infantil Relacionado con el Empleo (ERDC, por sus siglas en inglés), informe un cambio usando el formulario ODHS 0862.
- Un cambio en la dirección (en el caso de SNAP, incluya el monto de la renta nueva y los gastos de servicios públicos que paga usted).

- Un cambio en la obligación legal de pagar manutención de hijos.
- Cambios en el monto que tiene en efectivo, en cuentas de ahorros, en cuentas de cheques o en otros objetos de valor.
- Si alguien compra, vende o permuta vehículos.
- En el caso de los beneficios médicos, si obtiene o pierde un seguro de salud privado (esto incluye el seguro a través del empleador).
- **En el caso de los beneficios de SNAP, si vive en el condado de Benton, Clackamas, Clatsop, Deschutes, Jackson, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Tillamook, Washington o Yamhill, informe sobre una reducción en las horas de trabajo a menos de 20 horas por semana. El trabajo puede ser remunerado, no remunerado o por intercambio. Trabajar por intercambio es trabajar a cambio de un servicio, como trabajar a cambio de la renta. Solo informe este cambio si la persona que trabaja tiene entre 18 y 49 años de edad y no hay niños menores de 18 años en el hogar.**
- En el caso de los beneficios médicos o de TANF, un nuevo embarazo o cuando finaliza un embarazo.
- En el caso de TANF, cambios en el grupo de su declaración de impuestos. Esto incluye casarse o divorciarse, y si su hijo de 18 años de edad deja de asistir a la escuela preparatoria o a una institución educativa equivalente. Si tiene preguntas respecto a si esto aplica para usted, pregúntele a su trabajador(a) social.

Nuestra política contra la discriminación

El Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS, por sus siglas en inglés) no discrimina a nadie. Esto significa que el ODHS ayudará a todas las personas que reúnan los requisitos necesarios y no tratará a nadie de manera diferente por motivos de edad, raza, color, origen nacional, sexo o género, religión, ideas políticas,¹ discapacidad u orientación sexual.

Puede presentar una denuncia si considera que el ODHS lo ha tratado de manera diferente por cualquiera de estas razones.

Para presentar una denuncia ante el estado, puede llamar a la Oficina de Defensoría del Gobernador (Governor's Advocacy Office) al 1-800-442-5238 (TTY 711) o enviar la denuncia por escrito a dicha oficina a la siguiente dirección:

Governor's Advocacy Office
500 Summer Street NE, E17
Salem, OR 97301

Correo electrónico: GAO.info@odhs.oregon.gov

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), dicha institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (que incluye identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, ideologías políticas,¹ o represalia o venganza por alguna actividad previa relacionada con los derechos civiles.

Es posible que la información del programa esté disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, en braille, impreso en letra grande, archivo de audio, lengua de señas estadounidense) deben comuni-

carse con la agencia (estatal o local) a la cual solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con discapacidades auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al 800-877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027, Formulario de Denuncia por Discriminación del Programa del USDA, que se puede descargar en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, o se puede obtener en cualquier oficina del USDA, llamando al 833-620-1071 o por correo postal, escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, y una descripción escrita de la acción discriminatoria presunta, lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta se deben enviar a la siguiente dirección:

Correo postal:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o bien,
Fax: 833-256-1665 o 202-690-7442; o bien,

Correo electrónico:

FNSCivilRightsComplaints@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

¹ Los clientes de SNAP están amparados de la discriminación en función de sus ideas políticas.

Branch:	Case number:	Worker ID:
Case number		

Informe de cambio

Hogar

Si cambió de residencia, complete la siguiente sección.

Nueva dirección:	Ciudad:	Código postal:	Fecha de la mudanza:	Monto de la nueva renta/hipoteca: \$
Nueva dirección postal (si es diferente):	Ciudad:	Código postal:	Nuevo número de teléfono:	Vivienda compartida: Sí No

Servicios públicos

¿Tiene gastos de calefacción aparte de la renta en la nueva dirección? Sí No

Si la respuesta es "no", ¿qué servicios públicos paga? _____

¿Hay alguien que pague todos o parte de sus gastos? Sí No

De ser así, ¿quién? _____ ¿Cuánto? _____

Comunidad

¿Vive en una de las siguientes?

Reserva indígena Sí No
De ser así, ¿en cuál? _____

Comunidad indígena dependiente (como Celilo Village) Sí No
De ser así, ¿en cuál? _____

Asignación de tierras indígenas Sí No
De ser así, ¿en cuál? _____

Ingresos

¿Recibe alguien una remuneración por trabajar? (Estudiantes: incluyan el trabajo estudiantil) Sí No

De ser así, complete a continuación y adjunte una prueba.

Si es trabajador independiente, marque aquí	Empleo 1	Empleo 2	Empleo 3
Nombre de la(s) persona(s) con empleo:			
Nombre del empleador o de la empresa:			
Teléfono del empleador:			
Cargo:			
Fecha de inicio del trabajo:			
Salario actual por hora:	\$	\$	\$
Horas actuales por semana:			
Propinas por semana:	\$	\$	\$

Si no le pagan por hora o si recibe pago de horas extras, bonificaciones o comisiones, explique aquí:

Si el ingreso (que no sea laboral) de alguien ha cambiado o cambiará, indique a continuación y adjunte una prueba. Algunas fuentes de otros ingresos son las siguientes:

- Compensación por desempleo
- Dinero para la escuela
- Manutención de los hijos
- Compensación por accidentes de trabajo
- Fideicomisos
- Préstamos
- Ganancias de premios de lotería y/o juegos de azar
- Dinero de amigos/familiares
- Seguro social/SSI
- Beneficios de veteranos de guerra

Pagado a	Para quién es	Fuente de ingresos	Con qué frecuencia le pagan	Envío la solicitud o está recibiendo ahora	Monto de cada pago
				Envío la solicitud Recibe los beneficios	
				Envío la solicitud Recibe los beneficios	
				Envío la solicitud Recibe los beneficios	

Si comienza a recibir ingresos, fecha del primer pago: _____

Si deja de recibir ingresos, fecha del último pago: _____

¿Por qué dejó de recibir ingresos? _____

Solo para SNAP, si usted vive en el condado de Benton, Clackamas, Clatsop, Deschutes, Jackson, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Tillamook, Washington o Yamhill, informe sobre una reducción en las horas de trabajo (remuneradas o no remuneradas) a menos de 20 horas por semana para personas que tengan entre 18 y 49 años de edad y en los casos en los que no haya menores de 18 años de edad en el grupo familiar.

Nombre de la persona	Horas por semana	Nombre de la persona	Horas por semana

Trabajo voluntario

Solo para SNAP, si usted vive en el condado de Benton, Clackamas, Clatsop, Deschutes, Jackson, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Tillamook, Washington o Yamhill, ¿trabaja alguien en su casa como voluntario?

Nombre del voluntario	Horas por semana	Nombre del voluntario	Horas por semana

Miembros del grupo familiar

Informe sobre alguien que se haya mudado a su casa o fuera de su casa. Si las personas que se mudaron a su casa reciben ingresos, infórmelo en la página siguiente. No es necesario que escriba el número del Seguro Social de los miembros del grupo familiar que no estén solicitando beneficios.**

	Persona 1		Persona 2		Persona 3	
Fecha en que se mudó (a la casa o fuera de la casa):	A la casa Fuera de la casa		A la casa Fuera de la casa		A la casa Fuera de la casa	
Quién se mudó:						
Fecha de nacimiento:						
Número del Seguro Social**:						
Relación con usted:						
Sexo:	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
¿Es ciudadano estadounidense?	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Estudiante:	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Desea beneficios:	Sí	No	Sí	No	Sí	No

	Persona 2		Persona 1		Persona 3	
Compra y prepara alimentos con usted:	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Recibió TANF en otro estado desde 1996:	Sí	No	Sí	No	Sí	No

Activos

Si hubo cambios en el monto total en efectivo, en cuentas de ahorros y en otros activos, escriba los nuevos montos a continuación.

Tipo de activos	Monto	Número de cuenta	Ubicación/descripción
Cuenta de cheques:			
Cuenta de ahorros:			
Otro (<i>Describe. Ejemplos: acciones, bonos, certificados a plazo, cuentas de jubilación individuales, etc.</i>):			
Efectivo en mano:			

Si alguien compra, vende o permuta vehículos, como los siguientes, complete la sección a continuación.

• Automóviles • Camiones • Autobuses • Motocicletas • Barcos o motos acuáticas • Remolques o tráileres

Marca del vehículo comprado:	Modelo:	Año:	Monto en que fue comprado: \$	Nombre del nuevo propietario:
Marca del vehículo vendido o permutado:	Modelo:	Año:	Monto en que fue vendido: \$	Artículo por el cual se permutó:

Otros cambios

¿Qué más sucedió? Complete la sección a continuación para informar los cambios que aún no estén incluidos. Ejemplos:

- Adición o pérdida del seguro de salud
- Otros cambios que debe informar
- Nuevo número de teléfono
- Algo más que quiera informar

Explique: _____

Si no está inscrito para votar en su dirección actual, ¿le gustaría registrarse hoy para votar? Sí No

La solicitud para inscribirse o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le proporcionará esta agencia.

Su firma:

Al firmar este formulario, afirmo, bajo pena de perjurio, que he proporcionado información verdadera y completa. Entiendo que las declaraciones falsas o la omisión de información pueden hacerme objeto de sanciones estatales y federales. He leído este formulario y lo entiendo. Afirmo que he informado de forma honesta mi ciudadanía y la de todas las personas menores de 18 años de edad para las cuales presento la solicitud. Este es un documento vinculante.

Nombre en letra de imprenta, firma y número de teléfono

Fecha

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en un formato que usted prefiera, sin cargo. Comuníquese con el Centro de Atención a Clientes ONE escribiendo a Oregon.Benefits@odhsoh.oregon.gov o llamando por teléfono a 1-800-699-9075 (voz/texto). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.