

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 una constancia 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 (DHS, 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 ella*).
- Si alguien comienza a trabajar o deja de hacerlo.
- Otro cambio en la fuente de ingresos que se espera que continúe (*alguien comienza a recibir manutención de hijos, Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI, por sus siglas en inglés], compensación por desempleo, etc. o deja de hacerlo*).
- Estos cambios en el monto de ingresos:
  - ▶ En el caso de SNAP y TANF, informe los cambios de más de \$100 al mes en los ingresos laborales.
  - ▶ En el caso de SNAP y TANF, informe los cambios de más de \$50 al mes en los ingresos que no provengan de un empleo.
  - ▶ En el caso de SNAP, informe premios 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 en el formulario DHS 0862.
- Un cambio en la dirección (*en el caso de SNAP, incluya la nueva renta y los gastos de servicios públicos que paga*).
  - Un cambio en la obligación legal de pagar manutención de hijos.
  - Cambios en el monto que posee 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 patrocinado por el 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 su grupo de inscripción. Esto incluye casarse o divorciarse, y si su hijo de 18 años de edad deja de asistir a la escuela secundaria (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 (DHS) no discrimina a ninguna persona. Esto significa que el DHS ayudará a todas las personas que reúnan los requisitos necesarios y no tratará a nadie de manera diferente debido a su edad, raza, color, procedencia nacional, sexo, religión, ideas políticas,<sup>1</sup> discapacidad u orientación sexual.<sup>2</sup>

Puede presentar una queja si cree que el DHS le trató de manera diferente por cualquiera de estas razones. Para presentar una queja ante el estado, puede llamar a la Oficina de Defensoría del Gobernador (Governor's Advocacy Office) al 1-800-442-5238 (TTY, para personas con problemas auditivos, 711), o envíe una carta a dicha oficina:

Governor's Advocacy Office  
 500 Summer Street NE, E17  
 Salem, OR 97301  
 Fax: 503-378-6532  
 Correo electrónico: DHS.info@state.or.us

### “¡La ley exige oportunidades equitativas!”

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (United States Department of Agriculture o USDA) y el Departamento de Servicios de Salud y Humanos (Health and Human Services o HHS) de Estados Unidos son proveedores y empleadores que ofrecen oportunidades equitativas. De solicitarse, se facilitarán ayudas y servicios auxiliares a personas con discapacidades.

Para presentar una queja ante el USDA y el HHS, lea el formulario “*Información sobre quejas por discriminación de clientes*” (DHS 9001). Hallará esta información en el “*Paquete de información y derivación*” (Information and Referral Packet, DHS 6609).

<sup>1</sup>Los clientes de SNAP están amparados de la discriminación en función de sus ideas políticas.

<sup>2</sup>La orientación sexual está amparada por el Estado de Oregon, pero no por las leyes federales.

Branch:	Case number:	Worker ID:
Case name:		

## Informe de cambio

**Si cambió de residencia, complete la siguiente sección.**

Nuevo domicilio:	Ciudad:	Código postal:	Fecha de mudanza:	Monto de la nueva renta/hipoteca: \$
Nueva dirección postal ( <i>si es distinta</i> ):	Ciudad:	Código postal:	Nuevo número de teléfono:	Vivienda compartida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Tiene gastos de calefacción aparte de la renta en la nueva dirección?  Sí  No  
 De no ser así, ¿qué servicios públicos paga? \_\_\_\_\_

¿Hay alguien que pague todos o parte de sus gastos?  Sí  No  
 De ser así, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

### Cuéntenos sobre la comunidad en la que vive

¿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? \_\_\_\_\_

Terreno indígena  Sí  No  
 De ser así, ¿en cuál? \_\_\_\_\_

**¿Recibe alguien una remuneración por trabajar?**  
*(Los estudiantes deben incluir trabajo estudiantil).*  Sí  No  
 De ser así, complete a continuación y adjunte una constancia.

*Si trabaja por cuenta propia, 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:			
Puesto laboral/fecha de inicio del empleo:			
Salario actual por hora:	\$	\$	\$
Horas por semana actuales:			
Propinas a la 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 constancia. Algunas fuentes de otros ingresos son las siguientes: • Compensación por desempleo • Dinero para la escuela • Manutención de hijos • Compensación para trabajadores • Fideicomisos • Préstamos • Premios de lotería y/o juegos de azar • Dinero proveniente de familiares/amigos • Seguro Social/SSI • Beneficios de veterano de guerra

Pagado a	Por parte de	Fuente de ingresos	¿Con qué frecuencia le pagan?	Solicitó o está recibiendo ahora	Monto de cada pago
				<input type="checkbox"/> Solicitó <input type="checkbox"/> Está recibiendo	
				<input type="checkbox"/> Solicitó <input type="checkbox"/> Está recibiendo	
				<input type="checkbox"/> Solicitó <input type="checkbox"/> Está recibiendo	

En caso de inicio de los ingresos, fecha del primer pago: \_\_\_\_\_

En caso de suspensión de los ingresos, fecha del último pago: \_\_\_\_\_

¿Por qué se suspenden? \_\_\_\_\_

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

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

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:

Informe sobre alguien que se haya mudado a su casa o fuera de ella. Si las personas que se mudaron al hogar perciben ingresos, informe sobre ello en la página 3. No es necesario que escriba el número de Seguro Social de los miembros del grupo familiar que no estén *solicitando beneficios*. \*\*

	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Fecha en la que se mudó ( <i>a la casa o fuera de casa</i> ):	<input type="checkbox"/> A la casa <input type="checkbox"/> Fuera de casa	<input type="checkbox"/> A la casa <input type="checkbox"/> Fuera de casa	<input type="checkbox"/> A la casa <input type="checkbox"/> Fuera de casa
Quién se mudó:			
Fecha de nacimiento:			
Número de Seguro Social**:			
Relación con usted:			
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Es ciudadano estadounidense?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estudiante:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Desea beneficios:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Compra y prepara alimentos con usted:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ha recibido TANF en otro estado desde 1996:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

Tipo de activos	Cantidad	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 • Casas móviles o remolques

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:

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

Ejemplos:

- Adición o pérdida de un seguro de salud
- Nuevo número de teléfono
- Otros cambios que deben informarse
- Cualquier otra cosa que desee informar

Explique: \_\_\_\_\_

Si no está inscrito para votar en su domicilio 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