DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Cambio en la situación
Change of Circumstances

SU NOMBRE	ID DE CLIENTE O NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Lea todas las secciones cuidadosamente. **Marque todas las casillas que correspondan para su hogar.** Firme, coloque la fecha y devuelva este formulario a su oficina local. Si tiene alguna pregunta, o si necesita un sobre con porte pagado para devolver este formulario por correo, comuníquese con su oficina local.

Sus responsabilidades: Si su hogar recibe ayuda en efectivo, Alimentos Básicos o asistencia médica, usted debe informar los cambios tal como lo describen WAC 388-418-0005, 182-504-0105 y 182-504-0110 dependiendo de los beneficios que reciba. Para los programas de asistencia en efectivo y alimentos, debe informarnos estos cambios antes del día 10 del mes posterior a la fecha en que sucedió el cambio. Para asistencia médica, debe informarnos dentro de un plazo de 30 días de que ocurrió el cambio. Si nos indica algún cambio que no está obligado a mencionar, tendremos que analizar el impacto que ello tenga en sus beneficios. Esto podría resultar en menos beneficios, o sus beneficios podrían terminar. En cuanto a los Alimentos Básicos, si de forma voluntaria usted informa que se ha mudado a una nueva residencia, debe informar también sus nuevos gastos de alojamiento en la sección 2, incluso si aún no se le ha hecho cobro alguno. Si no nos indica sus nuevos gastos de alojamiento, utilizaremos $0. Esto podría originar que usted reciba menos beneficios.

1. ☐ Mi dirección ha cambiado.

☐ Me he mudado. Fecha de la mudanza: _____ ☐ Mi dirección postal ha cambiado. ☐ Me encuentro sin hogar.

Mi nueva dirección es: NÚMERO DE DEPARTAMENTO (SI CORRESPONDE)	Mi nueva dirección postal (en caso de ser diferente) es: NÚMERO DE DEPARTAMENTO (SI CORRESPONDE)
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

2. ☐ Mis costos de alojamiento han cambiado.

Para Alimentos Básicos, informe **solo si** tiene un incremento o se ha mudado a una nueva residencia. Informe cualquier otro cambio en los gastos de alojamiento en **su siguiente revisión de elegibilidad o revisión intermedia de la certificación.** Marque todas las opciones que correspondan.

☐ Estoy alquilando. ☐ Estoy comprando. ☐ Estoy en vivienda subsidiada.

MONTO DE ALQUILER MENSUAL	LA PARTE QUE LE CORRESPONDE, SI ES DIFERENTE	MONTO DE HIPOTECA MENSUAL	MONTO DE PAGO MENSUAL (INDIQUE SU PARTE SOLAMENTE)
$	$	$	$

Pago por separado (marque todos lo que correspondan):

☐ Costos de calefacción/aire acondicionado Pago: $_____ por mes. ☐ Teléfono Pago: $_____ por mes ☐ Seguro de vivienda Pago: $_____ por mes ☐ Impuestos sobre inmuebles Pago: $_____ por mes.

3. ☐ Alguien se ha mudado a o de mi hogar. Marque todo lo que corresponda e indique la fecha de mudanza.

☐ Alguien se mudó A mi hogar. Fecha: _____
Mencione a todos los que se mudaron (incluyendo recién nacidos):

NOMBRE(S)	SEXO	RELACIÓN QUE TIENE CONMIGO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Compro y preparo alimentos con mis compañeros de cuarto (marque la casilla que corresponda):
☐ Sí ☐ No

Deseo incluir a alguien en mi:
☐ Efectivo ☐ Alimentos Básicos ☐ Cuidado infantil
☐ Asistencia médica

De ser así, ¿quién? Indique nombres:

☐ Alguien se mudó DE mi hogar. Fecha: _____
Mencione a todos los que se mudaron:

NOMBRE(S)	RELACIÓN QUE TIENE CONMIGO

Espero que la(s) persona(s) vuelvan a mudarse conmigo (marque la casilla que corresponda):
☐ Sí ☐ No

Deseo incluir a alguien en mi:
☐ Efectivo ☐ Alimentos Básicos ☐ Cuidado infantil
☐ Asistencia médica

De ser así, ¿quién? Indique nombres:

4. ☐ Los recursos de mi hogar han cambiado. Yo o alguien en mi hogar obtuvo (marque todos lo que correspondan):

☐ Una cuenta bancaria (marque todos los que corresponden): ☐ Cheques ☐ Ahorros ☐ Certificados de depósito ☐ Mercado de dinero
Cantidad en la cuenta: $_____ Fecha de apertura de la cuenta: _____
☐ Un vehículo: Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Fecha de recepción: _____
☐ Un reembolso de impuestos: $_____ Fecha de recepción: _____
Cuánto fue por Crédito por Ingresos del Trabajo (EITC): $_____
☐ Un pago único (incluye beneficios retroactivos, convenios o una herencia): _____
☐ Otros recursos (enumerar): Fecha de recepción: _____

5. ☐ Mi ingreso familiar ha cambiado. Entre los ejemplos de ingreso se incluyen ganancias o salarios de un empleo o trabajo independiente, beneficios de desempleo, Seguro Social, SSI, Departamento de Labor e Industrias (L&I), manutención para niños, beneficios para veteranos (VA), donaciones o préstamos. Marque todas las opciones que correspondan.

☐ **INICIO del ingreso o empleo.** Fecha en que iniciaron los ingresos: _____ De quién es el ingreso que inició: _____
Monto bruto mensual (antes de impuestos): $_____ por ☐ hora ☐ mes ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial
Tipo de ingreso: _____ Nombre del empleador (si lo hay): _____
Fechas en que la persona recibe el ingreso (p. ej., días 1 y 15 de cada mes o cada viernes): _____

☐ **FINALIZACIÓN del ingreso o empleo.** Fecha en que dejó de recibir el ingreso: _____
De quién era el ingreso que terminó: _____
Motivo por el que terminó el ingreso: _____

☐ **AUMENTO de ingreso o empleo.** Fecha en que aumentó el ingreso: _____
De quién es el ingreso que aumentó: _____
Monto bruto (monto en dólares antes de impuestos) $_____ por ☐ hora ☐ mes
Tipo de ingreso: _____ Nombre del empleador (si lo hay): _____
Si está trabajando, ¿es un cambio de **tiempo parcial** a **tiempo completo**? ☐ Sí ☐ No

☐ **DISMINUCIÓN de ingreso o empleo.** Fecha en que inició la disminución: _____
De quién es el ingreso que inició: _____
Monto bruto (monto en dólares antes de impuestos) $_____ por ☐ hora ☐ mes
Tipo de ingreso: _____ Nombre del empleador (si lo hay): _____

6. ☐ Ocurrieron otros cambios en mi hogar. Marque todas las opciones que correspondan. Los cambios no comprobados en sus deducciones que puedan provocar un aumento de los beneficios no se actualizarán hasta su próxima revisión, a menos que recibamos comprobantes del cambio.

☐ Mis costos de cuidado infantil (niñero/a) cambiaron de: $_____ / mes a $_____ /mes.
☐ Inició el embarazo de: _____; Fecha estimada de parto: _____.
☐ Terminó el embarazo de: _____; Fecha en que terminó el embarazo: _____.
☐ Los pagos de manutención de niños cambiaron de: $_____ / mes a $_____ /mes.
Quién lo paga: _____
☐ Los gastos médicos aumentaron de: $_____ / mes a $_____ /mes.
Quién lo paga: _____
☐ Cambió el estado civil de: _____ ☐ Casado(a) ☐ Divorcado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)
☐ Terminó la cobertura médica privada de: _____; Fecha en que terminó la cobertura: _____
☐ Inició la cobertura médica privada de: _____; Fecha en que inició la cobertura: _____
Indique el nombre y número de teléfono de la compañía de seguros si terminó o inició la cobertura:
☐ Recibí un pago de la Ley de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAA) en los últimos 12 meses.
Monto: _____
☐ Ganancias por lotería o apuestas por $4.750 o más (monto antes de impuestos): $_____
Quién: _____; Fecha de recepción: _____

OTROS CAMBIOS (DESCRIBA)

Advertencia de sanción de asistencia alimenticia

Confirmamos con otras agencias que su información sea correcta. En caso que la información sea incorrecta, es probable que las personas que solicitaron la Asistencia Alimenticia no la obtengan.
Cualquier persona que infrinja las reglas deliberadamente puede:

- **Estar sujeta a un proceso penal bajo otras leyes federales y estatales aplicables;**
- **Ser excluida de recibir SNAP por un período desde un año hasta permanentemente;**
- **Recibir una multa hasta por $250,000;**
- **Ser condenada a una pena de hasta 20 años de prisión; o**
- **Ser excluida de SNAP durante 18 meses adicionales, si lo ordena el tribunal.**

Si un tribunal lo declara culpable de:

Recibir beneficios en una transacción que involucre:	**Usted puede ser:**
• **La venta de una sustancia controlada**	**Descalificado de dos años a permanentemente**
• **La venta de armas de fuego, municiones o explosivos**	**Descalificado permanentemente**
• **Tráfico de beneficios combinados por más de $500**	**Descalificado permanentemente**
• **Fraude de residencia o identidad**	**Descalificado por 10 años**

Registro de votantes

El Departamento ofrece servicios de registro para votantes como lo ordena la Ley Nacional de Registro de Votantes de 1993. **Solicitar el registro o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios ni el monto de los beneficios que puede proporcionarle esta agencia.** Si desea ayuda para rellenar el formulario de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es de usted. Puede llenar el formulario de registro como votante en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad al decidir si registrarse para votar o al solicitar su registro para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una denuncia ante: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

¿Desea registrarse para votar o actualizar su registro de votante? ☐ Sí ☐ No

Si no marca ninguna casilla, se considerará que su elección fue no registrarse para votar en este momento.

Declaración y firma

Declaro bajo pena de perjurio que la información brindada es verdadera y completa en la medida de mi conocimiento. Entiendo que si proporciono información falsa, errónea o incompleta, puedo ser penalizado legalmente (RCW 74.08.055 y RCW 74.08.331). Entiendo que la información que brindo está sujeta a verificación y acepto brindar tal verificación. Si no puedo proporcionar las pruebas necesarias, autorizo al DSHS para comunicarse con otras personas o agencias para obtener pruebas en mi nombre. Mi firma en este formulario significa que he reportado todos los cambios que debo reportar.

FIRMA	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO
FIRMA DE OTRO MIEMBRO O REPRESENTANTE ADULTO DEL HOGAR	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO