



# Cambio en la situación

## Change of Circumstances

SU NOMBRE

ID DE CLIENTE O NUMERO 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 mudanza: \_\_\_\_\_  Mi dirección postal ha cambiado.  No tengo vivienda.

Mi nueva dirección es:

NÚMERO DE DEPARTAMENTO (SI LO HAY)

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Mi nueva dirección postal (en caso de ser diferente) es:

NÚMERO DE DEPARTAMENTO (SI LO HAY)

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

### 2. Mis costos de alojamiento han cambiado.

Para los Alimentos Básicos, informe **sólo 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 que correspondan.

<input type="checkbox"/> Estoy alquilando.	<input type="checkbox"/> Estoy comprando.	<input type="checkbox"/> 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):

<input type="checkbox"/> Costos de calefacción/aire acondicionado Pago: \$ _____ por mes.	<input type="checkbox"/> Teléfono Pago: \$ _____ por mes.	<input type="checkbox"/> Seguro del hogar Pago: \$ _____ por mes.	<input type="checkbox"/> Impuestos de propiedad 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	VÍNCULO 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 de niños  
 Asistencia médica

De ser así, ¿a quién? Indique los nombres.

Alguien se mudó DE mi hogar. Fecha: \_\_\_\_\_  
Mencione a todos los que se mudaron:

NOMBRE(S)	VÍNCULO QUE TIENE CONMIGO

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

De ser así, ¿quién? Indique los nombres:

¿Para cuándo espera que la(s) persona(s) se muden de nuevo con usted?

### 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  
Monto en la cuenta: \$ \_\_\_\_\_ Fecha de apertura de la cuenta: \_\_\_\_\_

Un vehículo: Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Fecha en que se recibió: \_\_\_\_\_

Un reembolso de impuestos: \$ \_\_\_\_\_ Fecha en que se recibió: \_\_\_\_\_ Cuánto de él fue Crédito por Ingreso del Trabajo (EITC): \_\_\_\_\_

Un pago único (incluye beneficios retroactivos, convenios o una herencia): \_\_\_\_\_ Fecha en que se recibió: \_\_\_\_\_

Otros recursos (lístelos): \_\_\_\_\_

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 Trabajo e Industrias (L&I), manutención para niños, beneficios para veteranos (VA), donaciones o préstamos. Marque todas las que correspondan.**

**INICIO del ingreso o trabajo.** Fecha en que inició el ingreso: \_\_\_\_ De quién es el ingreso que inició: \_\_\_\_\_  
 Monto bruto (antes de impuestos): \$ \_\_\_\_\_ por  hora  mes  Tiempo completo  Tiempo parcial  
 Tipo de ingreso: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador (si lo hay): \_\_\_\_\_

Fecha(s) en que la persona recibe el ingreso (es decir, 1º. y 15º. de cada mes, o cada viernes): \_\_\_\_\_

**TERMINACIÓN del ingreso o trabajo.** Fecha en que terminó el ingreso: \_\_\_\_\_  
 Razón por la que terminó el ingreso: \_\_\_\_\_

**AUMENTO en el ingreso o trabajo.** Fecha en que aumentó el ingreso: \_\_\_\_\_ 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): \_\_\_\_\_

Si está trabajando, ¿es un cambio de **tiempo parcial a tiempo completo**?  Sí  No

**DISMINUCIÓN del ingreso o trabajo.** Fecha en que inició la disminución: \_\_\_\_\_  
 Monto bruto (monto en dólares antes de impuestos): \$ \_\_\_\_\_ por  hora  mes  
 Tipo de ingreso: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador (si lo hay): \_\_\_\_\_

6.  **Mi hogar tiene otros cambios. Marque todas las que correspondan.**

Mis costos de cuidado infantil (niñera) cambiaron de: \$ \_\_\_\_\_ /mes a \$ \_\_\_\_\_ /mes.

Inició el embarazo de: \_\_\_\_\_; Fecha esperada de parto: \_\_\_\_\_.

Terminó el embarazo de: \_\_\_\_\_; Fecha en que terminó el embarazo: \_\_\_\_\_.

Los pagos de manutención de niños cambiaron de: \$ \_\_\_\_\_ /mes a \$ \_\_\_\_\_ /mes.  
 Quién paga: \_\_\_\_\_

Los gastos médicos aumentaron de: \$ \_\_\_\_\_ /mes a \$ \_\_\_\_\_ /mes.  
 Quién paga: \_\_\_\_\_

Cambió el estado civil de: \_\_\_\_\_  Casado(a)  Divorciado(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: \_\_\_\_\_  
 Liste 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 para Energía para Hogares de Bajos Ingresos (por sus siglas en inglés, "LIHEAA") en los últimos 12 meses. Monto: \_\_\_\_\_

OTROS CAMBIOS (DESCRIBA)

7.  **Quiero terminar mi:**  **Asistencia en efectivo**  **Alimentos básicos**  **Asistencia médica**  **Cuidado infantil**

**Registro como votante**

El Departamento ofrece servicios de registro para votantes como lo requiere la Ley Nacional de Registro de Votantes de 1993. **Solicitar su registro o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios o el monto de los beneficios que puede recibir de esta agencia.** Si desea ayuda para completar el formulario de registro de votante, le ayudaremos a hacerlo. 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 a mi leal saber y entender. 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 a DSHS a 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 DE LA FAMILIA	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO