

Cambio de circunstancias

SU NOMBRE

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE O SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)

Lea atentamente todas las secciones. **Marque todas las casillas que se correspondan a su grupo familiar:** Firme, escriba la fecha y devuelva este formulario a su oficina local. Si tiene alguna pregunta o necesita un sobre con franqueo pagado para devolver este formulario por correo, póngase en contacto con su oficina local.

Sus responsabilidades: Si su unidad familiar recibe dinero en efectivo, alimentos básicos o asistencia médica, debe informar de los cambios descritos en WAC 388-418-0005, 182-504-0105 y 182-504-0110 en función de los beneficios que reciba. En el caso de efectivo y los food assistance programs (programas de asistencia alimentaria), debe informarnos de estos cambios antes del día 10 del mes siguiente a la fecha en que se produjo el cambio. En el caso de la asistencia sanitaria, debe comunicárnoslo en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se produjo el cambio. Si nos comunica un cambio del que no tiene obligación de informarnos, debemos estudiar cómo afecta a sus beneficios. Esto puede dar lugar a una reducción de sus beneficios o a la finalización de los mismos. En el caso de los alimentos básicos, si nos comunica voluntariamente que se ha trasladado a un nuevo domicilio, deberá comunicarnos también sus nuevos gastos de alojamiento en la Sección 2, aunque aún no se los hayamos facturado. Si no nos comunica sus nuevos gastos de alojamiento, utilizaremos \$0. Esto podría ocasionar que recibiera menos beneficios.

1. Mi dirección ha cambiado.

<input type="checkbox"/> Me he mudado. Fecha de la mudanza: _____			<input type="checkbox"/> Cambió mi dirección postal. <input type="checkbox"/> Cambio de dirección postal.		
Mi nueva dirección es: NÚMERO DE APARTAMENTO (EN CASO DE HABERLO)			Mi nuevo domicilio postal (en caso de ser diferente) es: NÚMERO DE APARTAMENTO (EN CASO DE HABERLO)		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

2. Mis costos de alojamiento han cambiado.

En el caso de los alimentos básicos, informe **sólo si** se produce un aumento o se traslada a una nueva residencia. Informe de cualquier otro cambio en los costos de alojamiento en **su próxima revisión a mitad de certificación o de elegibilidad.** Marque todo lo que corresponda.

<input type="checkbox"/> Estoy alquilando.		<input type="checkbox"/> Estoy comprando.		<input type="checkbox"/> Tengo una vivienda subvencionada.	
IMPORTE MENSUAL DEL ALQUILER \$	SU PARTE, SI ES DIFERENTE \$	IMPORTE MENSUAL DE LA HIPOTECA \$	IMPORTE DE LA MENSUALIDAD (INDIQUE SÓLO SU PARTE) \$		
Pago por separado (marque todo lo que corresponda):					
<input type="checkbox"/> Costes de calefacción / aire acondicionado Pago: \$ _____ al mes.		<input type="checkbox"/> Teléfono Pago: \$ _____ al mes.		<input type="checkbox"/> Seguro del hogar Pago: \$ _____ al mes.	
<input type="checkbox"/> Impuestos sobre bienes inmuebles Pago: \$ _____ al mes.					

3. Alguien se ha mudado dentro o fuera de mi hogar. Marque todas las que procedan e indique la fecha de la mudanza.

<input type="checkbox"/> Alguien se mudó DENTRO de mi hogar. Fecha: _____ Enumere a todos los que se han mudado (incluidos los recién nacidos):				Compro y preparo las comidas con mis compañeros de piso (marca la casilla que corresponda): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
NOMBRE(S)	SEXO	PARENTESCO CONMIGO	SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)	Quiero incluir a alguien en mi: <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Alimentación básica <input type="checkbox"/> Atención infantil <input type="checkbox"/> Asistencia médica	
				En caso afirmativo, ¿quién? Enumere los nombres:	
<input type="checkbox"/> Alguien se ha mudado FUERA fuera de mi hogar. Fecha: _____ Enumere a todos los que se han mudado:				Espero que la(s) persona(s) vuelva(n) a vivir conmigo (marca la casilla que corresponda): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
NOMBRE(S)		PARENTESCO CONMIGO		Quiero incluir a alguien en mi: <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Alimentación básica <input type="checkbox"/> Atención infantil <input type="checkbox"/> Asistencia médica	
				En caso afirmativo, ¿quién? Enumere los nombres:	

4. Los recursos de mi hogar han cambiado. Yo o alguien de mi hogar recibimos (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Una cuenta bancaria (marque todas las que procedan): <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Mercado monetario	
Importe en cuenta: \$ _____ Fecha de apertura de la cuenta: _____	
<input type="checkbox"/> Un vehículo: Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____	Fecha de recepción: _____
<input type="checkbox"/> Un reembolso de impuestos: \$ _____ Fecha de recepción: _____	
A cuánto ascendió el Earned Income Tax Credit (crédito fiscal por ingresos del trabajo, EITC): \$ _____	
<input type="checkbox"/> Una cantidad a tanto alzado (incluye prestaciones retroactivas, liquidaciones o una herencia): _____	
<input type="checkbox"/> Otros recursos (enumérelos): _____	Fecha de recepción: _____

5. **Los ingresos de mi hogar han cambiado. Entre los ejemplos de ingresos se incluyen los ingresos o salarios de un trabajo o de un empleo por cuenta propia, prestaciones por desempleo, Seguridad Social, SSI, Labor and Industries (Trabajo e Industrias, L&I), manutención de menores, veterans benefits (prestaciones para veteranos, VA), regalos o préstamos. Marque todo lo que corresponda.**

Fecha de INICIO de los ingresos o del trabajo. Fecha de inicio de los ingresos: _____ De quién empezaron los ingresos: _____

Importe bruto (antes de impuestos): \$ _____ por hora mes Tiempo completo Tiempo parcial
 Tipo de ingreso: _____ Nombre del empleador (en caso de que lo hubiere): _____
 Fecha(s) en que la persona recibe los ingresos (es decir, 1 y 15 de cada mes o todos los viernes): _____

Fecha de FINALIZACIÓN de los ingresos o del trabajo. Fecha de cese de los ingresos: _____
 De quién cesaron los ingresos: _____

Motivo por el que han cesado los ingresos _____

AUMENTO de los ingresos o del trabajo. Fecha de aumento de los ingresos: _____ De quién aumentaron los ingresos: _____

Importe bruto (importe en dólares antes de impuestos) \$ _____ por hora mes
 Tipo de ingreso: _____ Nombre del empleador (en caso de que lo hubiere): _____
 Si está trabajando, ¿se trata de un cambio de **tiempo parcial a tiempo completo**? Sí No

DISMINUCIÓN de los ingresos o del trabajo. Fecha de inicio de los ingresos: _____
 De quién empezaron los ingresos: _____

Importe bruto (importe en dólares antes de impuestos) \$ _____ por hora mes
 Tipo de ingreso: _____ Nombre del empleador (en caso de que lo hubiere): _____

6. **En mi hogar se han producido otros cambios Marque todo lo que corresponda. Los cambios no verificados en las deducciones que puedan causar un aumento de los beneficios no se actualizarán hasta su próxima revisión a menos que recibamos verificaciones del cambio.**

Mis gastos de guardería (niñera) han pasado de: \$ _____ / mes a \$ _____ / mes.

Embarazo iniciado por: _____; Fecha prevista de parto: _____.

Embarazo terminado por: _____; Fecha de finalización del embarazo: _____.

Los pagos de manutención de menores cambiaron de: \$ _____ / mes a \$ _____ / mes.
 ¿Quién paga? _____

Los gastos médicos _____ aumentaron de: \$ _____ / mes a \$ _____ / mes.
 ¿Quién paga? _____

Cambio del estado civil por: _____ Casado Divorciado Separado Viudo

La cobertura médica privada terminó para: _____; Fecha de finalización de la cobertura: _____

La cobertura médica privada comenzó para: _____; Fecha de inicio de la cobertura: _____
 Indique el nombre y el número de teléfono de la compañía de seguros si ha finalizado o comenzado la cobertura:

He recibido un pago de la Low Income Home Energy Assistance Act (Ley de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos, LIHEAA) en los últimos 12 meses.
 Monto: _____

Ganancias de lotería o juegos de azar iguales o superiores a \$4,500 (importe en dólares antes de impuestos): \$ _____;
 Quién: _____; Fecha de recibido: _____

OTROS CAMBIOS (DESCRIBIR) _____

Advertencia de sanción de asistencia alimentaria

Confirmamos con otras agencias si su información es correcta. Si alguna parte de la información es incorrecta, puede que quienes presentaron la solicitud para la asistencia alimentaria no la reciban.

Si algún miembro infringe las reglas deliberadamente, puede que ocurra lo siguiente:

- Esté sujeto a un proceso penal conforme a otras leyes federales y estatales pertinentes
- Esté inhabilitado para SNAP durante un año hasta de forma permanente
- Reciba una multa de hasta \$250,000
- Sea condenado a hasta 20 años de prisión; o
- Quede inhabilitado del SNAP durante 18 meses más, si el tribunal lo ordena.

Si un tribunal lo declara culpable de:

- | | |
|--|--|
| Recibir beneficios en una transacción que involucra: | Puede que:: |
| • La venta de una sustancia controlada..... | Lo descalifiquen durante al menos dos años y hasta de manera permanente. |
| • La venta de armas de fuego, municiones o explosivos | Lo descalifiquen de manera permanente. |
| • El tráfico de beneficios combinados por más de \$500 | Lo descalifiquen de manera permanente. |
| • Un fraude de identidad o residencia | Lo descalifiquen durante 10 años |

Registro de votantes

El Departamento ofrece servicios de registro de votantes como lo exige la National Voter Registration Act of 1993 (Ley Nacional de Registro de Votantes de 1993). **Solicitar o rechazar el registro para votar no afectará los servicios ni el monto de beneficios que le pueda proporcionar esta agencia.** Si quiere ayuda para completar el formulario de registro de votantes, se la brindaremos. Usted es quien decide si pedir o aceptar ayuda. Puede llenar el formulario de registro de votantes en privado. Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse para votar o anegarse a hacerlo, su derecho de privacidad al decidir si registrarse o solicitar el registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: las Oficinas Electorales en el Estado de Washington PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

¿Quiere registrarse para votar o actualizar su registro de votantes? Sí No

Si no marca ninguna de las dos casillas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.

Declaración y firma

Declaro bajo pena de perjuicio que la información que proporciono es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa, engañosa o incompleta, puedo ser sancionado conforme a la ley (RCW 74.08.055 y RCW 74.08.331). Entiendo que la información que doy está sujeta a verificación y acepto proporcionar la verificación. Si no puedo proporcionar la prueba necesaria, autorizo a DSHS a ponerse en contacto con otras personas o agencias para obtener la prueba en mi nombre. Mi firma en este formulario significa que he reportado todos los cambios que debo informar.

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