Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAS
CHANGE OF CIRCUMSTANCES

SU NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
SU NÚMERO DE CASO (NÚMERO DE ID DE CLIENTE)	FECHA

FOR OFFICE USE ONLY
CHANGE REPORTED BY TELEPHONE ON (LIST DATE):

WORKER'S NAME

Lea todas las secciones cuidadosamente. **Marque todas las casillas que son aplicables a su hogar.** Firme, ponga la fecha, y regrese este formulario a su oficina local. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su funcionario. Si desea regresar este formulario por correo, hay sobres con franqueo pagado en su oficina local.

SUS RESPONSABILIDADES: Si su hogar recibe asistencia en efectivo, asistencia médica o Alimentos Básicos, usted debe informar cualquier cambio, según se describe en WAC 388-418-0005 basándose en los beneficios que usted recibe. Usted debe comunicarnos sobre estos cambios antes del día 10 del mes después de la fecha en que haya sucedido dicho cambio. Si usted nos informa acerca de un cambio que no debía decirnos, nosotros debemos buscar cómo impacta esto en sus beneficios. Esto podría provocar que usted reciba menos beneficios o que se suspendan sus beneficios.

1. ☐ Mi dirección ha cambiado.

☐ Me mudé. Fecha de la mudanza: _____ ☐ Mi dirección postal ha cambiado. ☐ Estoy sin hogar.

Mi nueva dirección de residencia es:			Mi nueva dirección postal (si es distinta) es:		
NÚMERO DE APARTAMENTO (SI LO HAY)			NÚMERO DE APARTAMENTO (SI LO HAY)		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

2. ☐ Mis costos de vivienda han cambiado.

En casos de Alimentos Básicos, informe **solamente los aumentos** en el costo de vivienda. Si tiene una **disminución** de costo de alquiler (incluyendo mudarse a vivienda subsidiada), **informe de esto en su siguiente revisión de elegibilidad o en el informe semestral.** Marque todo lo aplicable:

☐ Estoy alquilando.		☐ Estoy comprando.	☐ Estoy en vivienda subsidiada.
MONTO MENSUAL DE ALQUILER $	SU PORCIÓN, SI ES DISTINTA $	MONTO MENSUAL DE HIPOTECA $	PAGO MENSUAL (ANOTE SU PORCIÓN SOLAMENTE): $

Pago separadamente por (marque todo lo aplicable):

☐ Costo de calefacción/ aire condicionado	☐ Teléfono	☐ Seguro para el hogar	☐ Impuesto a la propiedad
Pago: $_____ por mes	Pago: $_____ por mes	Pago: $_____ por ☐ mes ☐ año	Pago: $_____ por ☐ mes ☐ año

3. ☐ Alguien se mudó a mi hogar o fuera de él. Marque todo lo aplicable e indique la fecha de la mudanza.

☐ **Alguien se mudó A mi hogar. Fecha:_____**

Nombre a todos los que se mudaron (incluya recién nacidos):

NOMBRE(S)	PARENTESCO/RELACIÓN CONMIGO

Compro y preparo comidas con mis compañeros de hogar (marque la casilla que sea aplicable): ☐ Sí ☐ No

Quiero incluir a alguien en mi:
☐ Asistencia en Efectivo ☐ Alimentos Básicos ☐ Asistencia médica
☐ Cuidado de niños

Si es así, ¿a quién? Indique los nombres.

☐ **Alguien se mudó DE mi hogar. Fecha:_____**

Nombre a todos los que se mudaron de su hogar:

NOMBRE(S)	PARENTESCO/RELACIÓN CONMIGO

Pienso que la/s persona/s se mudará/n de nuevo a mi hogar (marque la casilla que sea aplicable): ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿quién? Indique los nombres.

¿Cuándo piensa que la/s persona/s regresará/n?

4. ☐ **Los ingresos de mi hogar han cambiado. Ejemplos de ingresos incluyen sueldos o entradas derivado de un empleo o de trabajo por cuenta propia, beneficios de desempleo, pagos de Seguro Social, SSI, Labor e Industrias (L&I), manutención de niños, beneficios para veteranos (VA), regalos o préstamos. Marque todo lo que sea aplicable:**

☐ **COMIENZO de ingreso o trabajo.** Fecha en que comenzó el ingreso:_____ ¿De quién es el ingreso que comenzó?_____

Monto bruto (monto en dólares antes de los impuestos): $_____ por ☐ hora ☐ mes

Tipo de ingreso: _____ Nombre del empleador (si lo hay): _____

☐ Jornada completa ☐ Tiempo parcial Fecha/s en que la persona recibe ingreso (ej: 1 y 15 de cada mes, o cada viernes) _____

☐ **TERMINACIÓN de ingreso o trabajo**. Fecha en que terminó el ingreso: _____ ¿De quién es el ingreso que terminó?_____

Razón por qué terminó el ingreso: _____

☐ **AUMENTO de ingreso.** Fecha en que aumentó el ingreso:_____ ¿De quién es el ingreso que aumentó?_____

Monto bruto (monto en dólares antes de los impuestos): $_____ por ☐ hora ☐ mes

Tipo de ingreso: _____ Nombre del empleador (si lo hay): _____

Si está trabajando, ¿es este un cambio de **tiempo parcial** a **jornada completa**? ☐ Sí ☐ No

☐ **DISMINUCIÓN de ingreso.** Fecha en que disminuyó el ingreso:_____ ¿De quién es el ingreso que disminuyó?_____

Monto bruto (monto en dólares antes de los impuestos): $_____ por ☐ hora ☐ mes

Tipo de ingreso: _____ Nombre del empleador (si lo hay): _____

Si está trabajando, ¿es este un cambio de **jornada completa** a **tiempo parcial**? ☐ Sí ☐ No

5. ☐ **Los recursos de mi hogar han cambiado. Adquirí, o alguien en mi hogar adquirió (marque todo lo que sea aplicable):**

☐ Una cuenta bancaria (marque todo lo que sea aplicable): ☐ Cuenta Corriente ☐ Ahorros ☐ CD's ☐ Mercado de dinero

Monto en la cuenta: $ _____ Fecha en que se abrió la cuenta:_____

☐ Un vehículo: Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Fecha en que lo recibió: _____

☐ Una devolución de impuestos. $_____ ¿Cuánto fue por Crédito de Impuesto por Ingreso Ganado (EITC)? $_____
Fecha recibido: _____

☐ Un pago global único (incluye beneficios retroactivos, pago de finiquito, o una herencia). $_____ Fecha recibido: _____

☐ Otros recursos (anote):

6. ☐ **Mi hogar ha tenido otros cambios. Marque todo lo que sea aplicable:**

☐ Necesito asistencia para cuidado de niños.

☐ Mis costos para cuidado de niños han cambiado de: $_____/mes a $_____/mes.

☐ _____ quedó embarazada; Fecha en que se anticipa el parto: _____

☐ El embarazo de: _____ terminó; Fecha en que su embarazo terminó: _____

☐ Los pagos de manutención para niños cambiaron de: $_____/mes a $_____/mes.
¿Quién paga la manutención de niños? _____

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

☐ El estado civil de:_____ ha cambiado. ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a

OTROS CAMBIOS (DESCRIBA)

7. ☐ **Quiero terminar mi:** ☐ **Asistencia en efectivo** ☐ **Alimentos Básicos** ☐ **Asistencia médica** ☐ **Cuidado de niños**

DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que proporciono es verídica y correcta de acuerdo a mi mejor saber y entender. Comprendo que si doy información falsa, engañosa o incompleta, podría ser penado/a por la ley (RCW 74.08.055 y RCW 74.08.331). Comprendo que la información que doy está sujeta a verificación y estoy de acuerdo en proporcionar dicha verificación. Si no puedo proporcionar las pruebas necesarias, autorizo a DSHS a que se ponga en contacto con otras personas o agencias para obtener la verificación por mí. Mi firma en este formulario significa que he comunicado todos los cambios que estoy obligado a informar.

FIRMA	FECHA	NÚMERO TELEFÓNICO
FIRMA DE OTRO ADULTO DEL HOGAR, O REPRESENTANTE	FECHA	NÚMERO TELEFÓNICO