

## Formulario de informe de cambios

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Utilice el presente formulario para informar cualquiera de los siguientes cambios en sus circunstancias familiares:

- Cambios en las fuentes de ingreso, lo que incluye comenzar a trabajar en un lugar o dejar de trabajar en este, o bien cambiar de trabajo, en caso de que el cambio de trabajo implique un cambio en los ingresos.
- Cambios en los ingresos no derivados del trabajo en los casos en los que aumenten o se reduzcan por \$50 o más por mes. No es necesario informar los cambios en los beneficios del Programa RI Works (RIW) ni del Programa de Asistencia Pública General (GPA, General Public Assistance).
- Cambios en los ingresos brutos de \$100 o más teniendo en cuenta el monto que se utilizó por última vez para calcular la asignación familiar.
- Un automóvil o un vehículo autorizado, en caso de que alguna persona de su familia adquiera uno.
- Los casos en los que se posea dinero en efectivo, acciones, bonos, tarjetas de débito y dinero en una cuenta bancaria o caja de ahorros por un total de \$2250 o más (\$3250 si en su familia hay un miembro de 60 años o más o alguna persona discapacitada). Las familias que sean parte del Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program)/RIW deberán informar los cambios en los activos cuando alcancen los \$1000 o superen este monto.
- Cambios en la obligación legal de pagar la manutención infantil.
- Cambios en la cantidad de personas que residen en la vivienda.
- La nueva dirección si se muda.

Debe informar los cambios mencionados anteriormente **dentro de los 10 días** posteriores a la fecha en la que se lleven a cabo. De este modo, se asegurará de recibir el monto correcto de beneficios de los programas SNAP/RIW.

Si por algún motivo no puede enviar este formulario por correo, puede informar los cambios llamándonos al \_\_\_\_\_.

LA AGENCIA DEBERÁ COMPLETAR EL ESPACIO EN BLANCO ANTERIOR.

Si aumenta el monto de los gastos médicos mensuales totales de los miembros del hogar de 60 años o más o que reciben beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, Supplemental Security Income) o beneficios por discapacidad del Seguro Social, es probable que aumenten los beneficios del SNAP para su familia debido a dichos gastos. Aunque el hecho de informar los cambios en los gastos médicos entre los períodos de recertificación se considera una acción voluntaria, es posible que califique para recibir beneficios adicionales del SNAP si dichos ingresos aumentan.

También puede usar este formulario para informar los cambios en el costo del cuidado de niños o adultos discapacitados, o los cambios en los costos de vivienda.

Si informa y proporciona evidencia de sus gastos, obtendrá el monto máximo de beneficios del SNAP permitidos.

Si no informa sus gastos o no presenta comprobantes de estos, se interpretará que no desea recibir una deducción por los gastos no informados o no corroborados.

Si omite información sobre los cambios en su hogar de manera intencional, nos adeudará el valor de todos los beneficios adicionales de los programas SNAP/RIW que reciba como resultado. También es probable que lo excluyan del SNAP durante 12 o 24 meses, o de forma permanente, y que lo multen o lo condenen a prisión, o ambos.

**Si no proporcionó sus números de Seguro Social**

Nombre

INGRESE LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL DE 9 DÍGITOS; LOS GUIONES SE COLOCARÁN AUTOMÁTICAMENTE.

1. Edad

Número de Seguro Social

2.

3.

**Si cambian los ingresos o alguna fuente de ingresos**

Debe informarnos los cambios en las fuentes de ingreso, lo que incluye comenzar a trabajar en un lugar o dejar de trabajar en este, o bien cambiar de trabajo, en caso de que el cambio de trabajo implique un cambio en los ingresos.

No es necesario informar los cambios en los beneficios del Programa RI Works (RIW) ni del Programa de Asistencia Pública General (GPA). Además, debe informarnos los cambios en los ingresos brutos de \$100 o más por mes, teniendo en cuenta el monto que se utilizó por última vez para calcular la asignación familiar, y los cambios laborales que impliquen un cambio en los ingresos.

Debe informarnos los cambios en los ingresos no derivados del trabajo en los casos en los que aumenten o se reduzcan por \$50 o más por mes.

Nombre	De dónde provienen estos ingresos	Monto nuevo total	Frecuencia con la que se lo recibe
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

**Si cambia la cantidad de automóviles o vehículos autorizados**

¿Usted o alguna persona de su hogar compró u obtuvo un automóvil, camión, embarcación, casa rodante, motocicleta u otro vehículo autorizado desde la última vez que nos informó sobre los vehículos que poseían los miembros de su hogar?

Sí No

Marca	Modelo	Año
-------	--------	-----

¿Usted o alguna persona de su hogar vendió o comercializó un vehículo autorizado desde la última vez que nos informó sobre los automóviles u otros vehículos que poseían los miembros de su hogar?

Sí No

¿Cuánto dinero recibió por ello? \$ \_\_\_\_\_

Marca	Modelo	Año
-------	--------	-----

**Si sus ahorros aumentan**

Debe informarnos si el monto total de dinero que los miembros de su hogar tienen en efectivo, cuentas de ahorro y cuentas corrientes o en forma de acciones y bonos aumenta a más de \$2250 (\$3250 si en su familia hay un miembro de 60 años o más o alguna persona discapacitada). Las familias que sean parte de los programas SNAP/RIW deberán informar los cambios en los activos cuando alcancen los \$1000 o superen este monto.

¿Cuál es el monto total actual de sus ingresos familiares? \$ \_\_\_\_\_

**Si alguna persona se muda de su vivienda o hacia su vivienda**

¿Se mudó o falleció algún miembro de su hogar? ¿Hay otros miembros nuevos en su hogar?

Si la respuesta es Sí, menciónelos y proporcione la información solicitada a continuación. Recuerde incluir sus números de Seguro Social en el espacio proporcionado anteriormente. Incluir a los recién nacidos.

Nombre(s)	Ya no viven en el hogar	Nuevo miembro del hogar	¿Está persona discapacitada?		Edad	Ingresos brutos
1.			Sí	No		\$
2.			Sí	No		\$
3.			Sí	No		\$

**Si se mudó o cambió el monto de la renta o hipoteca**

Si se mudó, ¿cuál es su nueva dirección postal?

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal (+4 OPCIONAL)

Si no tiene una dirección postal, indíquenos cómo llegar a su vivienda.

Número(s) telefónico(s) a los que nos podemos comunicar con usted:

Si se mudó, también debe enumerar los nuevos gastos a continuación. Además, puede usar esta sección para informarnos que el monto de su renta o hipoteca aumentó, si fuera necesario.

Pago de la renta o hipoteca

Seguro de la vivienda  
(si no está incluido en la hipoteca)Impuestos de la propiedad  
(si no están incluidos en la hipoteca)

Monto nuevo

\$

\$

\$

¿Es arrendatario?

Sí

No

**Si los costos de los servicios públicos o de cuidado de los dependientes aumentan**

¿Aumentaron los montos de las facturas de servicios públicos (gas, combustible, electricidad, calefacción y refrigeración, entre otros)?

¿Comenzó a pagarle a alguna persona para que cuide a un niño o adulto dependiente, o aumentaron estos costos? Si este es el caso, es posible que sea

elegible para recibir más beneficios del SNAP. Use el espacio que se proporciona a continuación para informarnos los costos que aumentaron, el nuevo monto que está pagando y con qué frecuencia lo paga.

Tipo de costo

Monto nuevo

Frecuencia de pago

\$

\$

\$

**Si determinados gastos médicos de los miembros del hogar aumentan o disminuyen**

Enumere los gastos médicos de todos los miembros del hogar de más de 60 años o que reciban beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o del Seguro Social.

Mencionar los pagos por discapacidad si los gastos médicos mensuales totales aumentaron o se redujeron por más de \$25 por mes.

Monto

¿Con qué frecuencia realiza este pago?

Servicios médicos y dentales

\$

Servicios hospitalarios o de enfermería

\$

Gastos médicos y del seguro de salud

\$

Medicamentos recetados por un médico

\$

Dentaduras, audífonos y anteojos

\$

Costos de transporte para obtener atención médica

\$

Servicios de un representante o enfermero

\$

Otro (*especificar*)

\$

Mencione los nombres de los miembros del hogar que perciben estos gastos.

## Advertencia sobre sanciones

Todos los miembros de su hogar que infrinjan alguna de estas normas de manera intencional podrán ser excluidos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) durante 12 o 24 meses, o de manera permanente; ser multados por hasta \$250.000; ser condenados por hasta 20 años, o ambos; y quedar sujetos a acciones judiciales en virtud de las leyes federales vigentes. Además, podrían ser excluidos del SNAP durante dieciocho (18) meses adicionales por orden judicial.

Las personas que sean consideradas culpables por un tribunal federal, estatal o local por haber utilizado o recibido los beneficios del SNAP en una transacción que implicó la venta de armas, municiones o explosivos serán inelegibles de forma permanente para el programa SNAP en la primera ocasión de dicha infracción.

Las personas que sean consideradas culpables por el Departamento o condenadas por un tribunal federal o estatal por haber realizado una declaración o representación fraudulenta en relación con su identidad o lugar de residencia para recibir múltiples beneficios de forma simultánea en el marco del SNAP serían inelegibles para participar en el programa durante un período de diez (10) años.

Las personas que sean consideradas culpables por un tribunal por haber utilizado o recibido beneficios en una transacción que implicó la venta de una sustancia controlada no serán elegibles para los beneficios durante dos años en la primera infracción y de forma permanente en la segunda infracción.

Las personas que sean consideradas culpables por un tribunal por haber comprado o vendido drogas ilegales o determinados medicamentos recetados a cambio de beneficios del SNAP no podrán participar en el SNAP durante 24 meses en la primera infracción y de forma permanente en la segunda infracción.

Las personas condenadas por un tribunal federal, estatal o local por haber comercializado los beneficios por un monto total de \$500 o más serán inelegibles de forma permanente para recibir los beneficios del SNAP en la primera ocasión de dicha infracción.

**NO** proporcione información falsa ni oculte información para obtener o continuar obteniendo los beneficios del SNAP. **NO** comercialice ni venda tarjetas para transferencias electrónicas de beneficios (EBT, Electronic Benefits Transfer). **NO** utilice los beneficios del SNAP para comprar artículos inelegibles; por ejemplo, bebidas alcohólicas o tabaco. **NO** utilice la tarjeta de EBT de otra persona para su hogar. **NO** pague los alimentos adquiridos a crédito con los beneficios del SNAP. Si lo hace, podría quedar descalificado del programa.

## DECLARACIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), dicho departamento y sus organismos, oficinas, empleados e instituciones que participan en programas del USDA o los administran tienen prohibido discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, edad o creencias políticas, o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre programas (por ejemplo, braille, letra grande, audio, lenguaje de señas norteamericano, etc.) deben comunicarse con el organismo (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o que tienen dificultades de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Además, la información de los programas también puede proporcionarse en otros idiomas que no sean inglés. Para presentar una queja de discriminación, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del USDA (AD-3027), que se encuentra en el siguiente sitio web: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA que contenga toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

De acuerdo con el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y sus enmiendas (29 U.S.C. 794), la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), el título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, las reglamentaciones de aplicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (45 C.F.R. Partes 80 y 84), las reglamentaciones de aplicación del Departamento de Educación de los Estados Unidos (34 C.F.R., partes 104 y 106), y el Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (7 C.F.R. 272.6), el Departamento de Servicios Humanos (DHS) no discrimina sobre la base de la raza, color, nacionalidad, discapacidad, creencias políticas, edad, religión o sexo en la aceptación o la prestación de servicios, empleo o trato, así como en sus actividades y programas educativos o de otra índole. En virtud de otras disposiciones de la legislación pertinente, el DHS no discrimina sobre la base de la orientación sexual o identidad o expresión de género. Para obtener más información sobre estas leyes contra la discriminación, las reglamentaciones y los procedimientos para la resolución de quejas por discriminación, comuníquese con el DHS a la siguiente dirección: 57 Howard Avenue, Cranston, Rhode Island 02920, número de teléfono 462-2130 (462-6239 o 711 para personas sordas o con problemas de audición). El oficial de enlace de relaciones comunitarias es el coordinador de la implementación del título VI; el administrador, o la persona designada, de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) es el coordinador de la implementación del título IX, el artículo 504 y la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA). El director del DHS, o la persona designada, tiene la responsabilidad general del cumplimiento de los derechos civiles de todos los programas del organismo.

## Su firma

---

Tengo conocimiento de la sanción por ocultar o proporcionar información falsa. También comprendo que adeudaré el valor de los beneficios adicionales del SNAP que reciba por no informar todos los cambios en mi hogar. Acepto proporcionar evidencia de los cambios que informe si así me lo solicitaran. Las respuestas que proporcioné en este formulario son correctas y completas a mi leal saber y entender.

Comprendo que mi firma autoriza a los funcionarios federales, estatales y locales a comunicarse con otras personas u organizaciones para verificar la información que proporcioné.

---

¿Prevé que los cambios que informó seguirán en el mismo estado el próximo mes?

Si la respuesta es No, especificar:

---

Su firma

Fecha actual

## Si cambian sus beneficios

---

Usaremos las respuestas que proporcionó en este formulario para determinar si los beneficios de su familia cambiarán. Si sus beneficios cambian, le enviaremos un aviso. Si no está de acuerdo con la decisión de la agencia, puede solicitar una audiencia imparcial. El funcionario a cargo de la audiencia determinará el resultado de la audiencia.