

Joe Lombardo  
Governor

Laura Rich  
Director



# DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

DIVISION OF SOCIAL SERVICES

Serving Nevada. Supporting Community. Building Futures.



Robert H. Thompson  
Administrator

## FORMULARIO PARA REPORTAR CAMBIOS

DEBE REPORTAR CAMBIOS CON NOSOTROS DENTRO DE 10 DÍAS DESPUÉS DE QUE OCURRE EL CAMBIO SI ESTA RECIBIENDO BENEFICIOS DE SNAP Y PARA EL 5º DEL MES SIGUIENTE PARA TANF Y/O ASISTENCIA MÉDICA. Llenar los espacios abajo. (Usted puede escribir una explicación en una hoja por separado.) POR FAVOR PROPORCIONE PRUEBAS DE LOS CAMBIOS

NOMBRE		NO. DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN	APT #	TELÉFONO DEL HOGAR	TELÉFONO DE CELULAR
CIUDAD/CÓDIGO POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO	
¿Es una nueva dirección? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
DIRECCIÓN DE CORREO (si es diferente)			

**CAMBIOS ACERCA DE LA GENTE:** ¿Alguien?  Se mudó al hogar  Se mudó fuera del hogar  o tuvo un bebé?  
Por favor de proveer detalles a continuación

NOMBRE	FECHA EN QUE SE MUDÓ AL O FUERA DEL HOGAR	FECHA DE NACIMIENTO	NO. DE SEGURO SOCIAL	PARENTESCO

¿Es un declarante de impuestos la persona que se mudó al hogar?  SI  No

¿Es un dependiente de impuestos la persona que se mudó al hogar?  SI  No

Si la respuesta es sí, ¿quién reclama este miembro como un dependiente de impuestos?

### CAMBIOS DE INGRESOS Y DE EMPLEO

<p><b>¿Consiguió alguien un nuevo empleo?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      <b>¿Quién?</b></p> <p>Lugar de empleo _____</p> <p>Pago por hora _____</p> <p>Día de la semana que pagan _____</p> <p>¿Se reciben propinas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Está disponible un seguro médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>¿Cuándo?</b></p> <p>Horas trabajadas por semana _____</p> <p>Fecha del primer talón de cheque _____</p> <p>Frecuencia de pago _____</p> <p>Cantidad bruto por mes _____</p> <p>A partir de _____</p>
<p><b>¿Alguien dejó de trabajar un empleo?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      <b>¿Quién?</b></p> <p>Lugar de empleo _____</p> <p>Pago por hora _____</p> <p>Día de la semana que pagan _____</p> <p>¿Se reciben propinas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Está disponible un seguro médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>¿Cuándo?</b></p> <p>Horas trabajadas por semana _____</p> <p>Fecha del primer talón de cheque _____</p> <p>Frecuencia de pago _____</p> <p>Cantidad bruto por mes _____</p> <p>A partir de _____</p>
<p><b>¿Cambió alguien las horas de trabajo o pago?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      <b>¿Quién?</b></p> <p>Lugar de empleo _____</p> <p>Pago por hora _____</p> <p>Día de la semana que pagan _____</p> <p>¿Se reciben propinas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Está disponible un seguro médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>¿Cuándo?</b></p> <p>Horas trabajadas por semana _____</p> <p>Fecha del primer talón de cheque _____</p> <p>Frecuencia de pago _____</p> <p>Cantidad bruto por mes _____</p> <p>A partir de _____</p>



**CAMBIOS DE OTROS INGRESOS (Beneficios de desempleo, beneficios de Seguro Social, SSI, incapacidad, manutención de niños, etc.)**

Explique el tipo de ingreso y el cambio:

¿Cuánto se recibe cada mes? \$

¿Quién recibe este ingreso?

**CAMBIOS DE GASTOS**

Sus deducciones de SNAP son basadas en los gastos que usted reporta y proporciona comprobante. Si no se presenta comprobante suficiente con este formulario de reportar cambios, su caso quedará pendiente por la verificación requerida. Si no se proporciona la verificación del gasto, el gasto no se permitirá.

Si reporta un cambio para un gasto de SNAP aprobado durante su periodo de certificación, se debe proporcionar comprobante del gasto.

Si no se proporciona comprobante, el gasto no será usado en su determinación de elegibilidad.

¿Nuevo pago de renta/hipoteca? \$

¿Usted paga las facturas de los servicios públicos?  SI  NO

¿Gastos de Cuidado de Niños? \$

¿Gastos médicos para las personas mayores (60+) o discapacitadas?

¿Alguien paga parte de estos gastos? Explique:

¿Nueva manutención de niños que ha sido ordenado a pagar? \$

**CAMBIOS DE RECURSOS**

Usted debe reportar cualquier cambio en recursos (cuentas de cheques/ahorros, bonos, casa/terreno, lancha, seguro de vida, vehículos, etc.). Incluya información específica acerca de la abertura, cierre, compra, venta o cambios de los recursos. Explique:

**OTROS CAMBIOS NO INDICADOS ARRIBA**

i.e. Embarazo

**POR FAVOR LEA Y FIRME:** "Yo entiendo las penalidades por ocultar información o dar información falsa. Yo entiendo que tengo que reembolsar el valor de los beneficios que recibo porque no informé los cambios, o no notifiqué los cambios a tiempo. Yo entiendo que puedo ser descalificado para recibir beneficios. Yo podría ser multado o procesado o ambos si no digo la verdad. Yo estoy de acuerdo en proporcionar la prueba de cualquier cambio si se me solicita. Mis respuestas en este formulario son verdaderas, correctas y completas a mi leal saber y entender."

Firma del cliente

nombre con letra de molde

fecha

número de teléfono

**PROPORCIONE PRUEBAS DE CAMBIOS  
SI CAMBIAMOS SUS BENEFICIOS LE ENVIAREMOS UNA NOTIFICACIÓN.**

