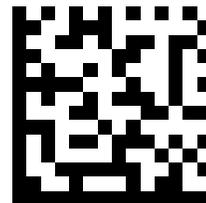


Estado de Utah
Department of Workforce Services
FORMULARIO PARA REPORTAR CAMBIOS



D10819900580102

Nombre: _____

Número de SS: _____ Número de Caso: _____

Ya no necesitamos los siguientes tipos de Asistencia Pública:

Financiera Médica SNAP Cuidado Infantil

Razón: _____ Firma: _____

Complete y firme este formulario solamente si tiene un cambio que reportar! Si Es un requisito que usted reporte diferentes cambios de acuerdo con el tipo de asistencia que reciba. Si tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario, llame al 1-866-435-7414. Para Asistencia de Servicios Médicos, de Cuidado Infantil y Financiera, debe informar los cambios mencionados a continuación dentro de un lapso de 10 días a partir del día en que se enteró del cambio. Para SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria), debe informar los cambios mencionados a continuación antes del décimo día del mes siguiente del cambio. Cualquier información falsa o no reportada que se descubra puede resultar en un sobrepago y/o en un enjuiciamiento por fraude. No demore en reportar los cambios.

Para asistencia **SNAP y Financiero**, siempre debe informar.

- Si el ingreso total de su hogar (antes de cualquier deducción) es más de: \$ _____ por mes

Si recibe **SNAP** y está físicamente capacitado, y entre 18 y 49 años de edad, sin que haya niños viviendo en su hogar, también debe informar:

- Si sus horas de empleo caen por debajo de 20 horas por semana.

Si recibe **Asistencia Financiera**, también debe informar:

- Si se muda o cambia su dirección
- Si uno o ambos padres, padrastros o cónyuge se muda al hogar
- Un cambio en el estado civil.
- Si un niño se muda para o fuera del hogar
- Si un niño en el hogar es adoptado
- Si un niño en el hogar se hace elegible para el cuidado de huérfano o de asistencia financiera subsidiada para adopción
- Si hay un cambio en el estatus de estudiante de un niño en el hogar
- Si un cliente que recibe Asistencia Transitoria en Efectivo (TCA) ya no está empleado o trabaja menos de un promedio de 30 horas por semana
- Si hay un cambio en el estado de discapacidad de un cliente que recibe Asistencia General.
- Si un cliente que recibe Asistencia General comienza a trabajar

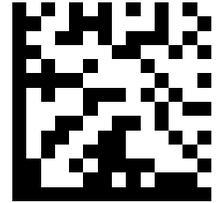
Si recibe **Asistencia para Cuidado Infantil**, debe reportar:

- Si se muda o cambia su dirección.
- Si un niño que recibe Asistencia para Cuidado Infantil se muda fuera del hogar.
- Si ya no necesita Asistencia de Cuidado Infantil o el niño deja de asistir.
- Si cambia de proveedor de cuidado infantil.
- Si su ingreso bruto excede el 85% del ingreso promedio estatal para el tamaño de su hogar.

Si recibe **Asistencia Médica** debe informar:

- Cambio en una fuente de ingresos (solo se requiere en la revisión para UPP y Medicaid Dirigido para Adultos).
- Cambio de más de \$ 25 en ingresos brutos mensuales (solo se requiere en la revisión para UPP, CHIP y Medicaid Dirigido para Adultos).
- Recibo de una suma global, como beneficios del Seguro Social, pagos de seguros y indemnizaciones por accidentes o lesiones (solo se requiere en la revisión de UPP, CHIP y Medicaid Dirigido para Adultos).
- Un cambio en los gastos pagados, como el cuidado infantil.
- Un cambio en sus activos, como ganar o perder un vehículo, abrir una cuenta bancaria (no se requiere para Medicaid para niños o familias, CHIP, UPP y Medicaid Dirigido para Adultos).

- Ganancia o pérdida de cobertura de su seguro de salud o un cambio en la prima o el plan del seguro de salud.
- Un cambio en el tamaño del hogar, dirección, arreglo de vivienda, estado civil o estado de embarazo.
- Un cambio en el tipo de residencia, como ingresar o salir de una institución.



D10819900580202

Y si recibe **Medicaid para Niños, Familias o Medicaid Dirigido para Adultos, CHIP, UPP o Expansión de Medicaid para Adultos**, también debe informar:

- Cambio en el estado de presentación de impuestos o el número de dependientes reclamados en sus impuestos (solo se requiere en la revisión de UPP, CHIP y Medicaid Dirigido para Adultos).
- Cambio en las ganancias de un niño (solo se requiere para la revisión de UPP o CHIP).
- Cambio en el estatus de estudiante de un niño (solo se requiere para la revisión de UPP o CHIP).
- Para CHIP, un beneficiario que tiene acceso a la cobertura de un plan de seguro de salud.
- Para CHIP, los cambios que debe informar solo para la revisión, aún deben ser informados hasta el mes del nuevo período de certificación.

Puede informar sus cambios en línea en <https://jobs.utah.gov/mycase>, por teléfono, por correo, fax o en persona en su oficina local de DWS.

Por favor, explique sus cambios: _____

Si se ha MUDADO de casa:

¿Cual es su dirección? _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Cuánto paga por renta/hipoteca? \$ _____ por mes

¿Qué servicios públicos paga? Calefacción Aire Acondicionado Teléfono
 Electricidad Agua/Alcantarillado/Basura

¿Alguien más lo está ayudando a pagar estos gastos (familiar, organización, agencia estatal, etc.)? Si No

En caso afirmativo, ¿Quién? _____ Su porción: \$ _____ La porción de ellos: \$ _____

Acuerdo para reportar:

Yo, _____, he leído o se me ha leído la declaración anterior. He entendido la declaración. Entiendo que debo reportar cualquier cambio en mi situación durante los primeros 10 días que me entere del cambio al Department of Workforce Services o al Centro de Servicios de Elegibilidad. Entiendo que después tendré 10 días para proveer verificaciones del cambio reportado. Entiendo que cualquier información falsa o no reportada que sea descubierta puede causar un juicio por fraude. Entiendo que podré solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con cualquier acción tomada en mi caso.

 Firma Del Cliente

 Fecha

Programa Empresarial No Discriminatorio.

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles a personas minusválidas bajo petición. Para mayor información llame al teléfono (801) 526-9240. Personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (state relay). Para asistencia en Español, marque el número 1-800-346-3162.