



Estado de Utah
Department of Workforce Services
FORMULARIO PARA REPORTAR CAMBIOS

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** siempre debe informar.

- Si un miembro de su hogar ha recibido ganancias sustanciales de lotería o por medio de juegos de azar.

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 Cuidado Infantil se muda fuera del hogar.
- Un niño que recibe cuidado infantil ya no está inscrito.
- Si ya no necesita Asistencia de Cuidado Infantil.
- 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.

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.

Por favor, explique sus cambios: _____

¿Está anticipando que sus cambios van a continuar después el mes de reporté? Sí No

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.)? Sí No

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

Tiene el derecho a reclamar los gastos actuales de las utilidades si los gastos exceden la asignación estándar.

Para asistencia alimenticia (SNAP) debe obedecer las reglas del programa:

- **Todos los miembros de su hogar tienen que obedecer las reglas y proporcionar información correcta y completa. No entregue información falsa para recibir beneficios. No dé su SNAP a otras personas que no tengan el derecho a usarla, y no compre artículos inelegibles. No utilice la SNAP de otras personas, a menos que usted sea el representante autorizado.**
- **No intercambie o venda su tarjeta EBT. No use los beneficios de SNAP para comprar productos no alimenticios, como alcohol, cigarrillos, o para pagar cuentas de crédito. El usar los beneficios para comprar alimentos con crédito puede resultar en su descalificación.**
- **Si desobedece cualquiera de estas reglas, puede ser descalificado de recibir SNAP, Financiera, y el Cuidado Infantil.**
 - La primera vez que viole las reglas, podría no recibir asistencia durante 12 meses.
 - La segunda vez, podría no recibir asistencia por 24 meses.
 - La tercera vez, podría no tener derecho a recibir asistencia en forma permanente programa de SNAP, Financiera, y para el Cuidado Infantil. También, puede ser procesado por la violación a otras leyes.
 - Tal vez tenga una multa de hasta \$250,000, o se le dé una sentencia de cárcel hasta 20 años.
 - Es posible que la Corte ordene 18 meses adicionales de cancelación de elegibilidad si es encarcelado por un delito o por un delito de menor cuantía relacionado al uso de los beneficios de SNAP.
 - Si un tribunal de justicia lo/la encuentra culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada, usted no calificará para los beneficios por dos años por la primera ofensa, y en forma permanente si es la segunda ofensa.
 - Si un tribunal de justicia lo/la encuentra culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucra la venta de armas, municiones, o explosivos, usted no calificará para los beneficios en forma permanente por la primera ofensa.
 - Si un tribunal de justicia lo/la encuentra culpable de haber traficado beneficios por un monto total de \$500 o más, usted será descalificado de participar en el Programa en forma permanente por la primera violación a la regla.

- **Si se descubre que usted ha hecho una declaración fraudulenta o representación falsa con respecto a la identidad o lugar de residencia para recibir beneficios múltiples de SNAP en forma simultánea, usted será descalificado de participar en el Programa por un período de 10 años.**
- **El proporcionar información falsa o la participación fraudulenta en cualquier programa resultará en una acción criminal o civil, y/o demandas administrativas.**

Puede informar sus cambios de diferentes maneras.

Elija la opción que le sea más conveniente.

- *En línea:* Puede subirlas a través del enlace jobs.utah.gov/mycase.
- *Por fax:* Puede enviarlas por el número de fax 801-526-9500 o 1-877-313-4717.
- *Por correo postal:* Puede enviar sus copias a:
 - Department of Workforce Services
 - Imaging Operations
 - PO Box 143245
 - Salt Lake City, UT 84114-3245
- *En persona:* Puede dejar las copias en su centro de empleo local.

Escriba su nombre y número de caso en todos los documentos que envíe.

Firma Del Cliente

Fecha

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares (adaptación) y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten llamando al # 801-526-9240. Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a "Relay Utah" marcandao al 711. Relay Utah en español: 1-888-346-3162.