



JOE LOMBARDO  
Governor

STATE OF NEVADA  
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS  
Director

ROBERT THOMPSON  
Administrator

## FORMULARIO PARA REPORTAR CAMBIOS

LA LEY DICE QUE USTED DEBE REPORTAR CAMBIOS DENTRO DE 10 DÍAS DESPUÉS DE QUE OCURRIÓ EL CAMBIO SI USTED ESTÁ RECIBIENDO BENEFICIOS SNAP Y PARA EL 5° DÍA DEL MES SIGUIENTE PARA TANF Y/O ASISTENCIA MÉDICA.

Llene los espacios abajo. (Puede escribir una explicación en una hoja de papel por separado.) Usted puede enviar este reporte por correo o llevarlo a la oficina.

**POR FAVOR PROPORCIONE PRUEBAS DE LOS CAMBIOS.**

|   |                    |                      |                  |
|---|--------------------|----------------------|------------------|
| NOMBRE  |                    | NO. DE SEGURO SOCIAL |                  |
| DIRECCIÓN   | NO. DE APARTAMENTO | TELÉFONO DEL HOGAR   | TELÉFONO CELULAR |
| CIUDAD/CÓDIGO POSTAL  |                    | CORREO ELECTRÓNICO   |                  |
| ¿Es esta una nueva dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |                    |                      |                  |
| DIRECCIÓN EN DONDE RECIBE   |                    |                      |                  |
| CORREO (si es distinta) _____   |                    |                      |                  |

**CAMBIOS ACERCA DE PERSONAS:** ¿Alguien  se mudó al hogar?  se mudó fuera del hogar?  o tuvo un bebé? Por favor proporcione 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?  Sí  NO

¿Es dependiente de impuestos la persona que se mudó al hogar?  Sí  NO

En caso afirmativo, ¿quién reclama a esta persona como dependiente de impuestos? \_\_\_\_\_

**CAMBIOS DE INGRESOS Y DE EMPLEO**

¿Consiguió alguien un nuevo empleo?  Sí  NO ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

|                                    |   |                                    |       |
|------------------------------------|---|------------------------------------|-------|
| Lugar de empleo                    | _____   | Horas trabajadas por semana        | _____ |
| Pago por hora                      | _____   | Fecha del primer cheque del sueldo | _____ |
| Día de la semana en que le pagan   | _____   | Frecuencia de pago                 | _____ |
| ¿Se reciben propinas?              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | Cantidad mensual                   | _____ |
| ¿Está disponible un seguro médico? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | Fecha de vigencia                  | _____ |

¿Terminó alguien su empleo?  Sí  NO ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

|                                    |   |                                    |       |
|------------------------------------|---|------------------------------------|-------|
| Lugar de empleo                    | _____   | Horas trabajadas por semana        | _____ |
| Pago por hora                      | _____   | Fecha del primer cheque del sueldo | _____ |
| Día de la semana en que le pagan   | _____   | Frecuencia de pago                 | _____ |
| ¿Se reciben propinas?              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | Cantidad mensual                   | _____ |
| ¿Está disponible un seguro médico? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | Fecha de vigencia                  | _____ |



|   |  |  |                |
|---|--|--|----------------|
| ¿Cambió alguien horas de trabajo o de sueldo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO                                   |  | ¿Quién? _____                            | ¿Cuándo? _____ |
| Lugar de empleo _____   |  | Horas trabajadas por semana _____        |                |
| Pago por hora _____   |  | Fecha del primer cheque del sueldo _____ |                |
| Día de la semana en que le pagan _____  |  | Frecuencia de pago _____                 |                |
| ¿Se reciben propinas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |  | Cantidad mensual _____                   |                |
| ¿Está disponible un seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  |  | Fecha de vigencia _____                  |                |
| <b>CAMBIOS DE OTROS INGRESOS (Beneficios de Desempleo, beneficios de Seguro Social, SSI, incapacidad, manutención para niños, etc.)</b> |  |  |                |
| Explique el tipo de ingreso y el cambio: _____  |  |  |                |
|   |  |  |                |
| ¿Cuánto se recibe cada mes? \$ _____  |  | ¿Quién recibe este ingreso? _____        |                |

|  |   |
|--|---|
| <b>CAMBIOS DE GASTOS</b>   |   |
| ¿Nuevo pago de renta/hipoteca? \$ _____                            | ¿Usted paga las facturas de servicios públicos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Gastos de cuidado de niños? \$ _____                              |   |
| ¿Gastos médicos para ancianos (60+) o discapacitados? _____        |   |
| ¿Alguien paga parte de estos gastos? Explique: _____               |   |
|  |   |
| ¿Nueva manutención de niños que ha sido ordenado a pagar? \$ _____ |   |

|  |
|--|
| <b>CAMBIOS DE RECURSOS</b>   |
| Usted debe reportar cualquier cambio en los recursos (cuentas de cheques/ahorros, bonos, casa/terreno, barco, seguros de vida, vehículos, etc.). Incluya información específica acerca de la apertura, el cierre, la compra, la venta de, o cambios en los recursos. Explique: _____ |
|  |
|  |

|   |
|---|
| <b>OTROS CAMBIOS NO INDICADOS ANTERIORMENTE</b> |
| i.e. Embarazo                                   |
|   |
|   |

|  |                           |                |                    |
|--|---------------------------|----------------|--------------------|
| <b>POR FAVOR LEA Y FIRME:</b> "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 lo mejor de mi conocimiento." |                           |                |                    |
| _____  | _____                     | ____/____/____ | _____              |
| Firma del cliente  | Nombre con letra de molde | Fecha          | Número de teléfono |

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

