



STEVE SISOLAK  
Governor

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

RICHARD WHITLEY, MS  
Director

STEVE H. FISHER  
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.

