



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? ☐ SÍ ☐ 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?	☐ SÍ ☐ NO	Cantidad mensual	_____
¿Está disponible un seguro médico?	☐ SÍ ☐ 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?	☐ SÍ ☐ NO	Cantidad mensual	_____
¿Está disponible un seguro médico?	☐ SÍ ☐ NO	Fecha de vigencia	_____



¿Cambió alguien horas de trabajo o de sueldo? ☐ 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? ☐ SÍ ☐ NO		Cantidad mensual _____	
¿Está disponible un seguro médico? ☐ SÍ ☐ NO		Fecha de vigencia _____	
CAMBIOS DE OTROS INGRESOS (Beneficios de Desempleo, beneficios de Seguro Social, SSI, incapacidad, manutención para niños, etc.)			
Explique el tipo de ingreso y el cambio: _____			
¿Cuánto se recibe cada mes? \$ _____		¿Quién recibe este ingreso? _____	

CAMBIOS DE GASTOS	
¿Nuevo pago de renta/hipoteca? \$ _____	¿Usted paga las facturas de servicios públicos? ☐ SÍ ☐ 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? \$ _____	

CAMBIOS DE RECURSOS
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: _____

OTROS CAMBIOS NO INDICADOS ANTERIORMENTE
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 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.

