



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE COLORADO
PROGRAMA DE ESTAMPILLAS ALIMENTARIAS

FORMA PARA NOTIFICAR CAMBIOS

FOR OFFICE USE ONLY	
CASE NUMBER	_____
WORKER	_____
DATE RECEIVED IN OFFICE	_____
CHANGE MADE EFFECTIVE FOR	_____

NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) _____

DIRECCION _____

ESTIMADO: _____

USTED ESTA OBLIGADO A NOTIFICAR CUALQUIERA DE LOS CAMBIOS SIGUIENTES QUE SE PRODUZCAN EN SU HOGAR:

- Cambios en sus **ingresos totales devengados por empleo/auto-empleo cuando asciendan o desciendan** en más de \$100 al mes. (Se requiere comprobación)
- Cambios en otros ingresos no devengados mayores de \$25. **No tiene** que reportar cambios en sus cheques COLORADO WORKS, (trabaja colorado) OAP, o AND
- **Cambios en cualquier fuente** de ingreso. (Se requiere comprobación)
- Si alguien en su hogar adquiere un automóvil u otro vehículo con licencia para circular.
- Ingresos en los ahorros de su hogar si el total en efectivo y **ahorros de todos los miembros de su hogar ahora** montan a \$2,000 o más. (Se requiere verificación)
- Cambios en el número de los miembros de su hogar.
- Nueva dirección si se muda de domicilio. (Se requiere verificación)
- Sus nuevos gastos por servicios públicos, renta o costos de hipoteca si se ha mudado. (Se requiere verificación)
- Cambios en legalmente obligados por manutención infantil. **Noticia:** Si no reporta gastos a ese mes, vemos eso departe de usted que esos gastos no quieren crédito. Para el deducto medicado, o otros.

Usted debe notificar estos cambios dentro de los 10 días siguientes al momento en que supo de ellos. Esto ayudará a asegurar que usted reciba el monto correcto de estampillas alimentarias. Utilice esta forma para notificar los cambios, firme y feche el reverso de la forma.

Puede también utilizar esta forma para notificar cambios en el costo del cuidado de los menores o adultos incapacitados, en pagos expensas medicos para personas de edad o incapacitados, o cambios en gastos de vivienda incluso cuando no ha cambiado de domicilio. Si suben o bajan estos gastos, puede calificar para mayor o menor cantidad de estampillas alimentarias. Puede también utilizar esta forma para notificar cambios de status como estudiante de alguno de sus familiares, o cualquier otro cambio que usted estime importante.

SI DELIBERADAMENTE USTED ESCONDE INFORMACION ACERCA DE CAMBIOS EN SU HOGAR, NOS ADEUDARA EL VALOR DE TODAS LAS ESTAMPILLAS ALIMENTARIAS QUE RECIBA. EN CONSECUENCIA, PUEDE IMPEDIRSELE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS ALIMENTARIAS DURANTE 12 MESAS, 24 MESES, O DE MANERA PERMANENTE, Y PUEDE SER MULTADO, ENCARCELADO O AMBOS.

Si por algún motivo no puede enviar esta forma por correo, puede usted notificar los cambios llamándonos al número telefónico _____ Si este número es de larga distancia, puede hablar por cobrar, o será gratuito. Después de llenar las formas, regréselas por favor a:

Sinceramente,

TECNICO

SI NO PROPORCIONO SUS NUMEROS DE SUGURO SOCIAL

Si no ha proporcionado los números de suguro social (SSN) de todos los miembros de su hogar, liste ensuguida sus nombres, edades y SSNs. La presentación de un SSN por cada uno de los miembros del hogar es de obligatoriedad para participacion forzosa bajo el Acta de Estampillas Alimentarias de 1977 acorde con su enmienda PL 97-98. Su SSN, igual que la demás información por usted proporcionada, estarán sujetos a verificación por las autoridades Federales, Estatales y locales mediante el Sistema de

Ingreso Estatal y Verificación de Elegibilidad, mediante otros elementos de verificación computarizada, revisiones de programas, o auditorías para estampillas alimentarias, y otros programas de ayuda federal y programas estatales federalizados, como Comidas Escolares, AFDC y Medicaid. Además, sus SSNs servirán para verificar las identidades de los miembros de su hogar, evitar duplicación participatoria y facilitar cambios masivos. Esto podría implicar que recurramos a su patrón, banco u otras entidades.

Nombre	Edad	Número de Seguro Social (SSN)
1.		
2.		

SI HAY CAMBIOS EN LOS INGRESOS O EN EL ORIGEN DE LOS INGRESOS

Usted debe decirnos si el ingreso total recibido por su hogar crece o disminuye en \$25 o más al mes. Para calcular el cambio, utilice el ingreso total mensual de su hogar antes de deducciones tales como impuestos, pensiones o pagos a sindicatos. Usted no tiene que notificar cambios por cheques AFDC,

OAP o AND, pero sí tiene que notificar cambios en otras fuentes de ingreso. (En el caso de miembros actualmente en huelga, anote el ingreso antes de la huelga. Debe proporcionar verificación de los montos).

Quién trabaja	Fuente de Ingreso	Monto nuevo total, antes de deducciones	Cada cuándo se recibido
1.		\$	
Dirección del patrón o de la fuente de ingreso		Número telefónico	Fecha en que el ingreso fue/será recibido
2.		\$	
Dirección del patrón o de la fuente de ingreso		Número telefónico	Fecha en que el ingreso fue/será recibido

SI CAMBIA EL NUMERO DE AUTOMOVILES O DE VEHICULOS CON LICENCIA PARA CIRCULAR

¿Alguien en su familia ha obtenido algún auto, camión, camioneta, bote, casa rodante, motocicleta u otro vehículo que requiere licencia para circular desde la última vez que nos informó acerca de los vehículos propiedad de su familia?

Marca _____ Modelo _____ Año _____ Valor estimado _____

¿Alguien en su familia ha vendido o canjeado algún auto, camión, camioneta, bote, casa rodante, motocicleta u otro vehículo que requiere licencia para circular desde la última vez que nos informó acerca de los vehículos propiedad de su familia? ¿Cuánto dinero recibió? \$ _____

Marca _____ Modelo _____ Año _____

SI SUS AHORROS AUMENTAN

Debe informarnos si el monto total de dinero que los miembros de su familia tienen en efectivo, en cuenta de ahorros o cheques, o en acciones y bonos es superior a \$2,000 ¿Cuánto dinero tiene su familia actualmente? _____

SI ALGUIEN SE MUDA A SU HOGAR O SI CAMBIA LA CABEZA DE FAMILIA

¿Existen nuevos miembros de su hogar? Si respondió que sí, favor de anotarlos y de completar los siguientes espacios. Incluya niños recién nacidos. Los nuevos miembros adultos deben firmar abajo. Después llenar los espacios en blanco, responda las preguntas que siguen. Recuerde que cada nuevo miembro de su hogar debe ser ciudadano de

los EE.UU. o residente legal permanente. La residencia legal puede sujetarse a verificación por parte del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS), quien requerirá de la presentación de cierta información contenida en esta forma de notificación de cambios. La información recibida del INS podría afectar la elegibilidad de su familia y el nivel de los beneficios.

Si hay un padre o madre adultos con hijos, sin considerar edad, o un adulto con control paternal sobre niños menores de 18 años de edad, podría tener usted la opción de designar un padre o madre adultos como cabeza de la familia. Todos los miembros adultos deben estar de acuerdo con la selección. Esta selección puede cambiarse si cambian los miembros del hogar. Marque esta casilla y anote la nueva cabeza de familia en la casilla intitulada "Parentesco con la Cabeza de Familia."

1	NOMBRE LEGAL NOMBRE(S), INICIAL, APELLIDO(S)	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO MES. DIA. AÑO.	PARENTESCO CON LA CABEZA DE FAMILIA	¿ESTA INCAPACITADA PERSONA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
	NOMBRE					
	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	LUGAR DE NACIMIENTO		¿ES CIUDADANO DE EE.UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI NO LO ES, NUMERO DE REGISTRO EXTRANJERO	
2	NOMBRE LEGAL NOMBRE(S), INICIAL, APELLIDO(S)	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO MES. DIA. AÑO.	PARENTESCO CON LA CABEZA DE FAMILIA	¿ESTA INCAPACITADA PERSONA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
	NOMBRE					
	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	LUGAR DE NACIMIENTO		¿ES CIUDADANO DE EE.UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI NO LO ES, NUMERO DE REGISTRO EXTRANJERO	
3	NOMBRE LEGAL NOMBRE(S), INICIAL, APELLIDO(S)	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO MES. DIA. AÑO.	PARENTESCO CON LA CABEZA DE FAMILIA	¿ESTA INCAPACITADA PERSONA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
	NOMBRE					
	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	LUGAR DE NACIMIENTO		¿ES CIUDADANO DE EE.UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI NO LO ES, NUMERO DE REGISTRO EXTRANJERO	

Favor de responder a las siguientes preguntas para todos los nuevos miembros de su hogar, adjunte hojas de papel adicionales si lo requiere:

1. ¿Es ella o él dueño de automóvil? Sí No Año, Marca y Modelo _____

2. ¿Está trabajando esta persona? Sí No Si respondió que sí, regrese a la página 1 y complete la sección de ingresos.

Si está trabajando, adjunte los últimos cheques o recibos de pago. Si no trabaja, dónde y cuándo trabajó la última vez.

Nombre/Número telefónico _____

Fecha última de pago _____

3. ¿Está la persona solicitando o recibiendo beneficios de desempleo? Sí No

4. ¿Recibe la persona Fondos de Asistencia Pública SS SSI VA Otros _____

5. ¿Está la persona asistiendo a la universidad o a la escuela? Sí No Nombre de la Escuela _____

6. ¿Cuándo y en dónde recibió estampillas de alimentos la persona la última vez? _____

7. ¿En que fecha ingresó al hogar ella/él? _____

SI ALGUIEN CAMBIA DE DOMICILIO

¿Algún miembro del hogar se ha mudado o fallecido? Si es así, favor de listarlos y completar los siguientes espacios en blanco. Asegúrese de anotar su SSN en el espacio provisto.

Nombre	Número de Seguro Social	Edad	Fecha de partida o fallecimiento
1.			
2.			

SI SE MUDO O CAMBIO SU RENTA O HIPOTECA (ADJUNTE VERIFICACION, CONTRATO DE ALQUILER O RENTA)

Si se mudó, ¿cuál es su nueva dirección postal? CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Si no tiene dirección postal, díganos cómo llegar a su casa. Teléfono para llamarle ¿Paga servicio telefónico básico? Sí No

Si se mudó, debe listar enseguida sus nuevos gastos. También puede utilizar esta sección para decirnos qué su renta o hipoteca han aumentado.

Pago de renta o hipoteca	Seguro de casa-habitación (Si no se incluyen en hipoteca)	Impuestos sobre la propiedad (Si no se incluyen en hipoteca)
Nuevo monto \$	\$	\$

¿Usted paga a alguien por sus comidas? Sí No

¿HAN CAMBIADO SUS GASTOS POR SERVICIOS PUBLICOS, CUIDADO DE DEPENDIENTES O MANUTENCION INFANTIL?

¿Han aumentado sus recibos de servicios públicos(gas, gasolina, electricidad, etc.)? ¿Empezó a pagar a alguna persona por atención a infante o adulto dependiente o se han incrementado estos gastos? ¿Ha habido un cambio en sus obligaciones legales por manutención infantil? Si es así, podría calificar para más estampillas de alimentos.

Utilice el espacio que sigue para decir qué costos han cambiado, el nuevo monto que paga, y cada cuándo los recibe. RECORDATORIO: Su familia tiene el derecho de solicitar los costos reales o la subvención estándar de servicios públicos de calificar para la subvención de recertificación únicamente en el caso de que se haya mudado.

Tipo del costo	Nuevo Monto	Cada cuándo hace el pago
	\$	
	\$	
	\$	

¿Paga sus servicios públicos independientemente de su renta? Sí No ¿Paga por costos de calefacción o de aire acondicionado? Sí No

¿Ha solicitado o recibido beneficios LEAP en este domicilio? Sí No Si sí, ¿cada cuándo? _____

¿Cree usted que solicitará LEAP? Sí No

SI CIERTOS GASTOS MEDICOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR AUMENTAN O DISMINUYEN

Llene esta sección si los gastos médicos de los miembros del hogar de 60 o más años de edad, cónyuge o niño(a) incapacitado de un veterano fallecido o miembros que reciben beneficios por Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI), pagos del Seguro Social por Incapacidad, beneficios

de Ayuda Estatal por incapacidad, beneficios a veteranos incapacitados, o beneficios por pensiones de incapacidad Ferrocarrileras, aumentan o decrecen en más de \$25 al mes. Debe comprobar gastos médicos.

Liste todos los gastos médicos actuales	Monto	¿Cada cuándo se vence cada pago?
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	

Anote los nombres de los miembros de su familia que erogan estos gastos, y el total pagado:

--	--

ADVERTENCIA SOBRE PENALIZACIONES

Cualquier miembro de su familia que viole estos reglamentos de manera deliberada puede ser excluido del programa de estampillas de alimentos durante 12, 24 meses o permanentemente.

Toda persona que sea sorprendida por haber recibido beneficios múltiples mediante la falsificación de su identidad o de su residencia pueden ser excluida durante 10 años. Podría también multarse hasta por \$250,000 o encarcelarse hasta por 20 años, o ambos, y sujeta a proceso legal bajo otras leyes federales aplicables.

NO proporcione información falsa, ni oculte información para continuar recibiendo estampillas de alimentos.

NO negocie ni venda estampillas de alimentos a alguien no autorizado para usarlas en su hogar.

NO utilice estampillas de alimentos en la compra de artículos no elegibles, tales como bebidas alcohólicas, tabaco o cigarrillos, o boletos de lotería.

NO utilice las estampillas de alimentos de otra persona para su familia.

FAVOR DE LEER, CONTESTAR Y FIRMAR LO SIGUIENTE

Entiendo la penalidad por ocultar información o proporcionar información falsa. Entiendo también que adeudaré el valor de todas las estampillas de alimentos que reciba debido a que no he notificado de modo total los cambios en mi familia. Estoy de acuerdo en comprobar todos los cambios que notifico.

Mis respuestas en esta forma son correctas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que mi firma autoriza a los funcionarios Federales, Estatales, y Locales a recurrir a otras personas y organizaciones para verificar la información que yo he proporcionado.

¿ESPERA USTED QUE LOS CAMBIOS NOTIFICADOS POR USTED PERMANECERAN IGUALES EL PROXIMO MES? Sí No
Si respondió que no, explique por favor:

FIRMA

FECHA

SI SUS BENEFICIOS CAMBIAN

Esta forma será utilizada por nosotros para observar si los beneficios de su hogar cambiarán. Si sus beneficios cambian, usted será notificado. Si no está usted de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una audiencia imparcial. Un funcionario de la audiencia decidirá si usted tiene razón.

Este programa está a disposición de todas las personas, independientemente de su raza, color, sexo, edad, incapacidad o impedimento, creencia religiosa, origen nacional o creencia política.

Para suplicar una queja de discriminación, escribe a USDA, Director, office of Civil Rights, Room 326-W, WHITTEN BUILDING, 1400 INDEPENDENCE AVENUE, SW, WASHINGTON, DC. 20250-9410 O LLAME (202) 720-5964 (VOZ O TDD). USDA ES EMPLADOR Y PROVEDOR DE OPORTUNIDADES IGUALES.